

Ani Kannonmäki

TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN HaiPro-
ILMOITUSTEN KÄSITTELYYN

Opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, YAMK


Helmikuu 2016




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 26.2.2016
Tekijä(t) Ani Kannonmäki	Koulutus Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, YAMK
Nimeke Toimintamallin kehittäminen HaiPro-ilmoitusten käsittelyyn.	
Tiivistelmä Kehittämistyöni tarkoituksena oli potilasturvallisuuden edistäminen. Erityisesti tarkastelun kohteena olivat haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset, joita HaiPro-järjestelmään tehdään. Analyysi kohdentui Itä-Savon sairaanhoitopiirissä, erikoissairaanhoidon yhdellä vuodeosastolla tehtyihin ilmoituksiin. Tavoitteena oli kehittää uusi tapa toimia vaaratapahtumien käsittelemiseksi. Jo tapahtuneista haitta- ja vaaratapahtumatilanteista pitää ottaa opiksi. Toimintamallin sisältö rakentui kahden eri aineiston pohjalta, kohdeosastolla yhden vuoden aikana tehdyistä HaiPro-ilmoituksista sekä aiemmasta tutkimustiedosta. HaiPro-ilmoitukset (n=128) analysoitiin vuodelta 2014, ja ne kategorisoitiin luokkiin. Kohdeosaston henkilökuntaa osallistettiin sekä kalanruotoakaavion (n=14) että tuplatiimimenetelmällä (n=15), ja nämä kaksi aineistoa luokiteltiin sisällönanalyysimenetelmän periaatteella. Toimintamallin luomisessa hyödynnettiin kohdeosaston henkilökuntaa osallistaen. Toimintamallin konkreettinen käyttö sekä arvioiminen jäivät aikataulullisesti tämän opinnäytetyön puitteissa tekemättä, mutta tarkoitus on, että toimintamalli vakiintuu osaksi käytäntöä kohdeosastolla. Toimintamalli koostuu kahdesta osasta eli toimintamallista ilmoituksien käsittelyyn sekä käsittelijän ohjeesta, sillä ilmoituksien käsittelyyn kaivattiin myös konkreettista apua esimiehelle. Toimintamalli ja käsittelijän ohje ovat havainnollistettu kuvion avulla. Toimintamallia voidaan hyödyntää haitta- ja vaaratapahtumailmoituksien analysoinnissa. Lisäksi esimies saa käyttöönsä ohjeistuksen ilmoituksien käsittelyä varten. Tarkoituksena on, että tehtyjen ilmoituksien aktiivisella käsittelyllä saadaan aikaan entistäkin potilasturvallisempaa hoitoa. Tarkoitus on, että toimintamallin käyttö vakiintuu niin, että haitta- ja vaaratapahtumailmoituksia hyödynnetään jatkossa enemmän, jotta potilasturvallisuus paranee ja varmistuu.	
Asiasanat (avainsanat) Potilasturvallisuus, vaaratapahtumailmoitus, HaiPro	
Sivumäärä 48 sivua	Kieli Suomi
Huomautus (huomautukset liitteistä) 6 liitettä	
Ohjaavan opettajan nimi Sirpa Luukkainen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiiri

DESCRIPTION

	Date of the master's thesis 26.2.2016
Author(s) Ani Kannonmäki	Degree Development and Management of Social- and Health Care, Master Degree
Name of the master's thesis Developing a functional model for processing HaiPro-notifications.	
Abstract <p>The purpose of my Master's thesis was to focus on the promotion of patient safety. In particular by examining the hazard and risk event notifications which were made in the HaiPro system in particular. The analysis concentrated on notifications made on one specialist health care ward in the East Savo Hospital district.</p> <p>The aim was to develop a new functional model to deal with dangerous situations and draw up a model of action to direct the new way to work. It would also be useful to learn from previous hazard and risk events.</p> <p>The functional model's content was structured on the basis of two data sources, HaiPro notifications on the ward during one year and previous research information. The HaiPro notifications from the year 2014 (n=128) were analyzed and categorized. The ward staff were involved with the Ishikawa diagram (n=14) and the double team method (n=15). The data collected was categorized by using the content analysis method.</p> <p>The functional model was created by involving the ward staff. Practical application and evaluation of the functional model will not be done within the framework of this thesis, but the aim is that the functional model will be established practice on the ward. The functional model consists of two parts, because concrete assistance for superiors was needed in the notification processing. The consequent functional model and the handler's guide are illustrated in a figure.</p> <p>The functional model can be used in analyzing hazard and risk events. In addition, the superiors receive guidelines for handling the notifications. The aim is to provide much safer patient care with active handling of the notifications. Another aim is that the functional model will be established practice so that hazard and risk event notifications are utilized more to improve patient safety.</p>	
Subject headings, (keywords) Patient safety, hazard and risk event notification, HaiPro	
Pages 48 pages	Language Finnish
Remarks, notes on appendices 6 appendices	
Tutor Sirpa Luukkainen	Master's thesis assigned by Itä-Savon sairaanhoitopiiri

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	KESKEISIMMÄT KÄSITTEET	2
2.1	Potilasturvallisuus	2
2.2	Vaaratapahtumien raportointi	5
2.2.1	HaiPro-ohjelma	6
2.2.2	HaiPro-prosessina ja työkaluna	6
2.3	Aikaisempaa tutkimustietoa potilasturvallisuudesta	9
3	POTILASTURVALLISUUS ITÄ-SAVON SAIRAANHOITOPUIRISSÄ	15
4	KEHITTÄMISTEHTÄVÄ	16
5	KEHITTÄMISTYÖN SUUNNITTELU	16
5.1	Toimintatutkimus teoriassa	16
5.2	Toteutussuunnitelma	18
6	AINEISTOJEN KERÄÄMINEN JA ANALYSOINTI	22
6.1	Raportoidut haitta- ja vaaratapahtumat kohdeosastolla vuonna 2014	23
6.1.1	Lääke- ja nestehoitoon tai verensiirtoon liittyvät ilmoitukset	25
6.1.2	Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät ilmoitukset	27
6.1.3	Tapaturmiin tai onnettomuuksiin liittyvät ilmoitukset	28
6.1.4	Väkivaltaan liittyvät ilmoitukset	29
6.1.5	Yhteenveto kohdeosaston HaiPro-ilmoituksista	29
6.2	Kalanruotomenetelmän toteutus	30
6.2.1	Kalanruotokaavioiden tulokset	31
6.2.2	Yhteenveto kalanruotokaavioista	33
6.3	Tuplatiimimenetelmän toteutus	35
6.3.1	Tuplatiimimenetelmän tulokset	35
6.3.2	Yhteenveto tuplatiimimenetelmästä	36
7	TOIMINTAMALLIN LUOMINEN	37
7.1	Toimintamalli HaiPro-ilmoitusten käsittelyyn	37
7.2	Toimintaohje HaiPro-ilmoitusten käsittelijälle	39
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	40
8.1	Opinnäytetyön tulosten pohdinta	40

8.2	Opinnäytetyön prosessin pohdinta.....	44
8.3	Opinnäytetyön luotettavuus	45
8.4	Opinnäytetyön eettisyys.....	49
8.5	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	51

LIITTEET

- 1 Kirjallisuuskatsaus
- 2 HaiPro-vaaratapahtumaluokitus
- 3 Sisällönanalyysi kalanruotokaavioista
- 4 Sisällönanalyysi tuplatiimimenetelmästä
- 5 Toimintamalli HaiPro-ilmoitusten käsittelyyn
- 6 Toimintamalli HaiPro-ilmoitusten käsittelijälle

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas saa tarvitsemansa ja oikeanlaisen hoidon, josta aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. Laajemmin ajateltuna potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintatapoja, joilla varmistetaan potilaan terveyden- ja sairaanhoidon palvelun turvallisuutta. Näin ollen potilaan hoidon turvallisuudella tarkoitetaan myös sairauksien ehkäisyä, diagnosoimista, hoitoa ja kuntoutusta ja näiden turvallisuutta. Myös lääkitysturvallisuus on osa potilasturvallisuutta. (THL 2011, 7.)

Potilasturvallisuuden edistämisen keskeisin perusta tulee lainsäädännöstä. Keväällä 2011 voimaan astunut terveydenhuoltolain 8. § käsittelee terveydenhuollon toimintaa ja laatua sekä potilasturvallisuutta. Lain edellytys on, että terveydenhuollon toimintayksiköt laativat suunnitelman laadunhallinnasta sekä potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Lakia täydentää sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta sekä potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta esimerkiksi siltä osin, kuinka suunnitelmasta tiedotetaan potilaille ja heidän läheisilleen. (THL 2011, 8.)

Kehittämistyöni tarkoituksena oli keskittyä potilasturvallisuuden edistämiseen. Erityisesti tarkastelun kohteena olivat haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset, joita HaiPro-järjestelmään tehdään. Analyysi koostui Itä-Savon sairaanhoitopiirissä, erikoissairaanhoidon yhdellä vuodeosastolla tehdyistä ilmoituksista.

Kehitystyön toimeksiantajana toimii Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella erikoissairaanhoidon yhden vuodeosaston esimies. Lisäksi mentorina toimii saman organisaation ylihoitaja. Itse olen aina pitänyt potilasturvallisuutta tärkeänä ja myös mielenkiintoisena sen monitahoisuuden vuoksi. Kohdeosastolla oli havaittu, että toimintamallille, jonka avulla vaaratapahtumia analysoidaan, on tarvetta. Osassa organisaatiota haitta- ja vaaratapahtumailmoituksia ei juurikaan analysoida. Tarkoitus on, että toimintamallin käyttö vakiintuu niin, että haitta- ja vaaratapahtumailmoituksia hyödynnetään jatkossa enemmän, jotta potilasturvallisuus paranee ja varmistuu.

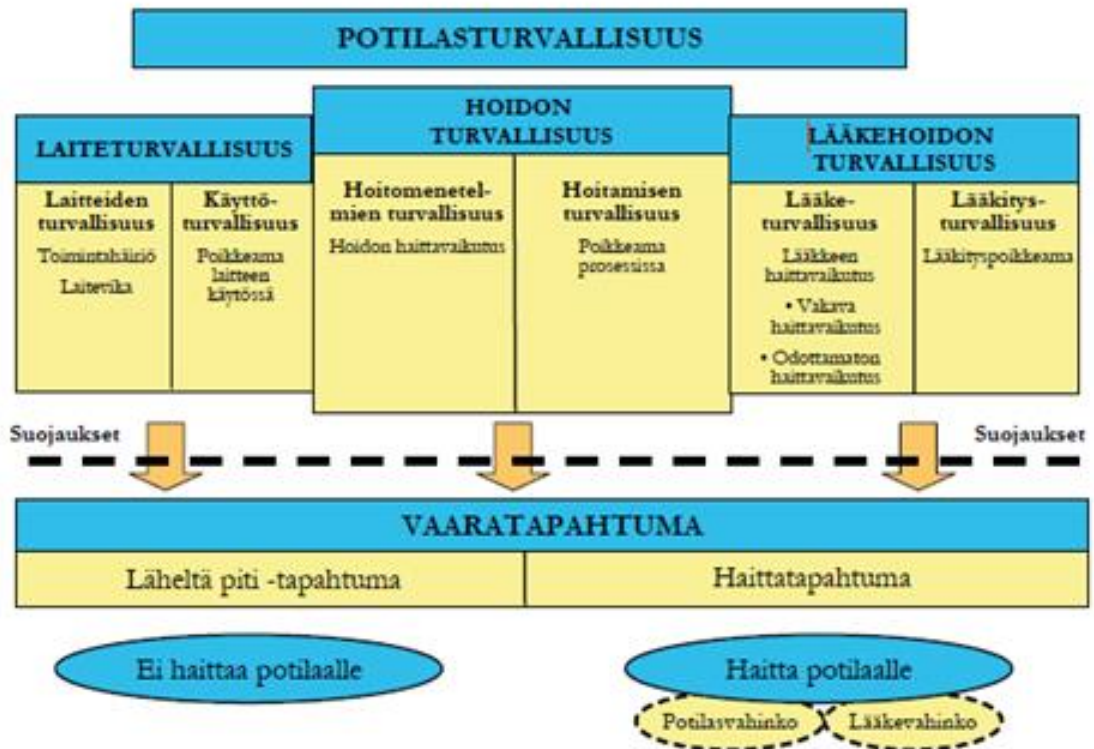
2 KESKEISIMMÄT KÄSITTEET

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen teoreettista viitekehystä, ja se koostuu keskeisimmistä käsitteistä *potilasturvallisuus*, *haitta- ja vaaratapahtuma* sekä *HaiPro-raportointijärjestelmä*. Teoreettinen viitekehys on koottu aikaisemmista tutkimuksista, ammattikirjallisuudesta sekä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta.

2.1 Potilasturvallisuus

Terveydenhuollon ammattilaisten toiminnan tavoite on potilaan hyvä; oireiden lievittäminen sekä parantuminen. Vaikka kaikki hoitoon osallistuvat yrittävät parhaansa, saattaa potilas kohdata hoitonsa aikana haittatapahtuman. Haittatapahtumalla tarkoitetaan hoidosta johtuvaa potilaan tahatonta vammautumista tai komplikaatiota, joka ei suoraan liity potilaan sairauteen. Haittatapahtuman sattuessa se voi johtaa pitkittyneeseen sairaalassaoloon, viivästyneeseen toipumiseen, potilaan vammautumiseen tai menehtymiseen. (Peltomaa & Kinnunen 2009, 17.)

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoilta (kuva 1). Potilaan näkökulmasta katsottuna sillä tarkoitetaan sitä, että hoidosta ei koidu potilaalle haittaa; se kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden sekä laiteturvallisuuden. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua. (Knuutila ym. 2007, 7.)



KUVA 1. Potilasturvallisuus (Stakes 2006; 5)

Poikkeamalla tarkoitetaan terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, -järjestelmiin tai ympäristöön liittyvää suunnitellusta tai sovitusta poikkeavaa tapahtumaa, joka voi saada aikaan vaaratapahtuman. Poikkeama voi aiheutua jonkun tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettäessä. Poikkeama voi liittyä myös kirjaamiseen, seurantaan tai raportointiin. **Vaaratapahtumalla** tarkoitetaan tapahtumaa, joka vaarantaa potilaan turvallisuuden ja/tai aiheuttaa haittaa potilaalle. **Läheltä piti -tilanteen** tapahtuessa, voisi aiheutua vaaraa tai haittaa potilaalle. (Knuutila ym. 2007, 7 - 8.)

Haittatapahtuma on vaaratilanne, josta on aiheutunut haittaa potilaalle. Itse **haitta** on potilaalle aiheutuva joko tilapäinen tai pysyvä, ei-toivottu vaikutus, ja se voi olla fyysinen, psyykinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen haitta. Haitta voi olla potilaan itsensä kokema ja/tai ammattihenkilön toteama. **Haittavaikutuksella** tarkoitetaan hoitomenetelmästä aiheutunutta haitallista ja tahatonta vaikutusta, ja se voi esiintyä sairauden ehkäisyyn, taudinmäärityksen tai hoidossa tavallisimmin käytettyjen menetelmien yhteydessä. Haittavaikutus aiheuttaa normaaliin hoitoon verrattuna objektiivista lääketieteellistä haittaa potilaalle, ja se voi ilmetä esimerkiksi hoidon keston pidentymisellä tai lisääntyneillä hoitokustannuksilla. (Knuutila ym. 2007, 8.)

Lääkityspoikkeama on lääkehoitoon liittyvä poikkeama, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Lääkityspoikkeama voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojauksien peittämisestä. **Lääkevahingolla** tarkoitetaan ruumiillista sairautta tai vammaa ja niihin rinnastettavaa vakavaa psyykkistä sairautta, jonka vahingon kärsineen käyttämä lääke on tälle aiheuttanut todennäköisimmin.

Potilasvahinko on potilasvahinkolain määrittelemä, ja se oikeuttaa vakuutuskorvauksen saamiseen, kun henkilövahinko on aiheutunut lääketieteellisen tutkimuksen tai hoidon yhteydessä; terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä potilaalle on aiheutunut henkilövahinko. Henkilövahingolla tarkoitetaan sairautta, vammaa tai muutoin terveydentilassa tapahtunutta muutosta, joka voi olla tilapäinen tai pysyvä tai jopa kuolema. (Knuutila ym. 2007, 8.)

Suomessa tuli voimaan vuonna 2011 terveydenhuoltolaki ja sen nojalla annettu asetus Kansallisesta potilasturvallisuusstrategiasta 2009–2013 ovat luoneet perustan suomalaiselle potilasturvallisuustyölle (kuva 2). Terveydenhuoltolain tavoitteena on parantaa asiakkaiden, palveluiden sekä hoidon asemaa mukaan luettuna potilasturvallisuus. Tärkein terveydenhuoltolain pykälä on 8. §, jossa on yksiselitteisesti määrätty terveydenhuollon toimintayksiköt suunnittelemaan potilasturvallisuustyönsä nykykäsitteiden mukaisiksi. (THL 2015.) Strategiassa potilasturvallisuutta kuvataan neljästä näkökulmasta: turvallisuuskulttuuri, johtaminen, vastuu ja säädökset. Visiona on turvallinen ja vaikuttava hoito. Strategian tavoitteisiin liittyy potilaan informointi ja voimaannuttaminen, riskien ennakointi, vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen, henkilöstön osaaminen ja riittävät potilasturvallisuustyön voimavarat. (STM 2009, 13.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuusstrategiaan, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) potilasturvallisuusoppaaseen, Suomen Potilasturvallisuusyhdistyksen laadun- ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelma – mallipohjaan, lisäksi sen laatimiseen on käytetty Lapin, Vaasan sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien potilasturvallisuussuunnitelmia. (ISSHP 2014, 3-5.)



KUVA 2. Suomen potilasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö (STM 2009, 13)

2.2 Vaaratapahtumien raportointi

Terveydenhuollon organisaatioiden henkilöstöillä on monia ilmoitus- ja raportointimahdollisuuksia sekä -velvollisuuksia. Tarkoituksena on, että terveydenhuollon ammattilaiset ja yksiköt raportoivat viranomaisten ylläpitämiin rekistereihin laitteisiin ja lääkkeisiin liittyviä tapahtumista, vaaratilanteista ja haittavaikutuksista. Usein raportointi perustuu säädettyyn velvollisuuteen, mutta omaehtoisella raportoinnilla ja sitä kautta kootulla palautteella nähdään raportointi omaa työtä hyödyttävänä mahdollisuutena ilman säädösvelvoitteita. Ilmoitusaktiivisuutta voidaan lisätä laajalla tiedottamisella, hyvällä ohjeistuksella ja ohjelman tekemisellä helpokäyttöiseksi, esimerkiksi sähköisesti ilmoittaminen. (Knuutila ym. 2007, 12.)

Vaaratapahtumista raportoinnilla pyritään keräämään tietoa läheltä piti- ja haittatapahtumista ja tallentaa tietoa. Samalla mahdollistetaan tiedon jatkokäsittely ja tapahtumien analysointi. Tarkoituksena on oppia tapahtumista ja pyrkiä kehittämään toimintaa. Vaaratapahtumista oppimisen on tarkoitus tapahtua jokaisen raportointiprosessin vaiheessa. Raportoitava asian tunnistaminen ja ilmoituksen teko ovat tärkeitä potilasturvallisuuden ja oppimisen kannalta. Ilmoitusten käsittelyn katsotaan mahdollistavan oppimisen laajemmin yksiköissä, organisaatiossa, alueellisesti sekä valtakunnallisesti. Vaaroja ja riskejä seuraamalla ja arvioimalla tuetaan jatkuvaa oppimista ja kehittymistä. Raportoinnilla on tarkoitus saada tietoa

vaaratapahtumiin johtavista syntymekanismeista. Tietoa hyödynnetään riskien tunnistamisessa, toimenpiteitä suunniteltaessa ja toimenpiteiden vaikutuksia arvioidessa. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 14.)

2.2.1 HaiPro-ohjelma

HaiProlla tarkoitetaan potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenetelyä varten kehitettyä tietoteknistä työkalua. Käyttäjäyksiköiden koko vaihtelee terveyskeskuksista aina sairaanhoitopiireihin. HaiPro-raportointijärjestelmä on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä. Järjestelmään on liitettävissä myös henkilöstöön kohdistuvien työturvallisuusvaaratapahtumien raportointi. Järjestelmällisellä ja helppokäyttöisellä ohjelmalla käyttäjät voivat hyödyntää vaaratapahtumia niistä oppimalla ja samalla terveydenhuollon johto saa tietoa varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksesta. (Awanic OY 2015.)

Vuonna 2005 syksyllä käynnistetty HaiPro-tutkimushankkeen tarkoituksena oli luoda vaaratapahtumien raportointijärjestelmä Suomen terveydenhuoltoon. HaiPro-lyhenne muodostui tässä samalla, se muodostuu haittatapahtumien raportointiprosessista. Hankkeen tarkoituksena oli kehittää toimintamalli turvallisuutta vaarantavien poikkeamien, virheiden ja vaaratilanteiden ja myös läheltä piti -tilanteiden käsittelemiseksi terveydenhuollon yksiköissä. Toimintamalli perustuu nimettömään raportointiin, jonka ominaispiirteinä on rankaisemattomuus. Raportoitujen tapahtumien perusteella ei lähdetä etsimään syyllisiä eikä käynnistetä kurinpitotoimia. Tarkoituksena olisi oppia tapahtumista, selvittää syitä ja syntymekanismeja, jotta voidaan löytää parhaat keinot ennaltaehkäistä ja korjata toimenpiteitä potilasturvallisuuden parantamiseksi. (STM 2008, 11.)

2.2.2 HaiPro-prosessina ja työkaluna

HaiPro-raportointimallia voidaan kuvata prosessivaiheina (kuva 3). Potilasturvallisuus on jaoteltu laitteiden, hoidon sekä lääkehoidon turvallisuuteen (Knuutila ym. 2007, 42).



KUVA 3. Vaaratapahtumien raportointia ohjaavat kysymykset ja suunniteltavat vaiheet (Knuuttila ym. 2007, 24)

HaiPro-mallissa ilmoituksia tehdään sähköisesti, käytännössä se tarkoittaa web-selaimella olevaa tietokantapohjaista sovellusta joka toimii kaikilla erilaisilla käytössä olevilla web-selaimilla. Ilmoituksen teko tapahtuu valitsemalla valikoissa olevista valmiista vaihtoehdoista. Tapahtumakuvaus kirjoitetaan vapaalla sanalla vapaaseen kenttään, samoin myös tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät ilmoittajan mielestä. Kun ilmoitettava tapahtuma on luonteeltaan ”tapahtui potilaalle”, voidaan halutessaan kirjata myös, ilmoitettiinko asiasta potilaalle ja onko tapahtuma kirjattu potilasasiakirjoihin. (Knuuttila ym. 2007, 43.)

Seuraavaksi ilmoitukset vastaanotetaan, luokitellaan ja analysoidaan, myös tämä vaihe on tehtävissä HaiPro-järjestelmässä. Tavallisesti ilmoitukset tehdään osastolla ja niiden käsittelyn aloittaa osastotason käsittelijä. Käsittelijä tiivistää tapahtuman kuvaustiedoista tarkemman tapahtumatyyppiluokan, seuraukset potilaalle ja hoitavalle yksikölle, tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät sekä tapahtumaolosuhteet. Raportoinnin yksi tavoitteista on koota tilastoja erilaisista tapahtumatyypeistä. Sitä kautta on helppo huomata, jos jokin tapahtumatyyppi esiintyy huolestuttavan usein. Tapahtumista saatu tieto hyödynnetään ja muutoksia seurataan. Yksi tiedon hyödyntämistapa on ilmoituksen johdosta tehtävä välitön korjaus. Tapahtumien yleisyyttä ja toistumisia voidaan seurata tilastoista ja tarvittaessa voidaan ryhtyä yksityiskohtaisimpiin selvityksiin. HaiPro-työkalun avulla käsittelijä saa tietokannasta oman yksikkönsä reaaliaikaiset tilastot sekä

taulukkomuotoisina että graafisina kuvina. Tilastoista ja yhteenvedoista myös organisaation ylemmän johdon on helppo seurata esimerkiksi ilmoitettujen tapahtumien laatua ja määrää, ilmoittamisaktiivisuutta, käsittelyaikoja, toteutettuja toimenpiteitä ja muutoksien aikaansaamia vaikutuksia. (Knuutila ym. 2007, 43–47.)

Vaaratapahtumista raportointi ja sitä kautta saadun tiedon hyödyntäminen ovat monivaiheisia prosesseja, mikä edellyttää koko organisaation sitoutumista. Tärkein osa tiedon hyödyntämisestä on se, että koko työyhteisö saa säännöllisesti tietoa järjestelmään kootuista tiedoista. Tilastojen lisäksi on hyvä tiedottaa erikseen yksittäisistä tapauksista tai tuottaa yksityiskohtaisempia yhteenvedoja tietynlaisista tapahtumista. On tärkeää, että koko työyhteisö osallistetaan sekä tapahtumien määrälliseen että laadulliseen tarkasteluun säännöllisesti. (Kinnunen ym. 2009, 16.)

Raportoinnin avulla saadun tiedon tehokas käyttö on tärkeää, koska sillä voidaan säilyttää ja kasvattaa ilmoitusaktiivisuutta. Yksikötasolla tietoa hyödynnetään usein niin, että koko työyhteisölle annetaan säännöllisesti tietoa raportoiduista vaaratapahtumista. Vaaratapahtumailmoituksia tarkastellaan yhdessä, ja kehittämistoimia mietitään moniammatillisesti. Kehittämistoimet ja muutoksen vakiinnuttaminen ja seuranta on vastuutettua. Esimiehen tehtävä on pitää säännöllisiä yksikön sisäisiä keskusteluja sekä kehittää viestintää koko työyhteisön keskuudessa aiheesta. (Kinnunen ym. 2009, 18.)

Ruuhilehdon ja Knuutilan (2008, 8) tutkimustuloksen mukaan HaiPro-ilmoituksia käsitellään kattavasti ja käsittely tapahtuu säännöllisesti. Tilastotasolla ilmoitusten käsittely oli vielä vähäistä, koska ohjelma ja sen käyttö oli vasta alussa tuohon aikaan.

Vaikeaksi HaiPro-ilmoitusten käsittelyssä koettiin oikean luokitusvaihtoehdon löytämisen. Vaihtoehdot eivät aina täsmää toimintaympäristöön. Myös luokkien valinta, kuten tapahtumatyyppi, potilaalle/hoitavalle yksikölle koituva haitta ja tapahtumaan vaikuttaneet tekijät koettiin hankaliksi kohdiksi arvioida. Haasteeksi oli koettu myös henkilökunnan motivointi ilmoitusten tekoon sekä tarvittavien lisätietojen saaminen ilmoitusten tekijöiltä. (Ruuhilehto & Knuutila 2008, 20.)

Ilmoituksia yhdessä käsiteltäessä on hyvä pohtia tapahtumaa kokonaisuutena ja toimintaprosessia, johon se liittyy. Oppimisen kannalta olennaista ei ole saada selville tapahtuman syntyä ja sen etenemistä, vaan tärkeää on ajatella erilaisia mahdollisia vaaratapahtuman syntymis- ja etenemismahdollisuuksia. Yhdessä on hyvä pohtia muun muassa, kuinka tämäntyyppiseen vaaraan on varauduttu, havaitaanko tällainen vaarallinen tapahtuma mahdollisimman nopeasti. On hyvä miettiä myös, millaisin keinoin tai varatoimin varaudutaan, jotta tämäntyyppinen tapahtumien synty tai eteneminen estetään. Yksi pohdittava asia olisi myös, kuinka tilanteet työyhteisössä hoidetaan ja kuinka vahingon laajeneminen estetään sekä kuinka toimitaan, jos potilaalle ilmenee jotain seuraamuksia sattuneesta. Avoimuus keskustelussa, mitä on sattunut tai olisi voinut sattua, on opiksi kaikille. Se on kyvykkyyttä vastata yllättäviin tilanteisiin jatkossa. Ilmoituksen tekeminen on arvokas palaute, jonka avulla jokainen toimii entistä paremmin ja sujuvammin. (HaiPro 2015, 14.)

Ilmoituksien käsittelijällä on iso rooli myös potilasturvallisuuden kehittämisessä. Käsittelijä jäsentää tiedot tapahtuneesta ilmoittajan kirjoittaman kuvauksen mukaisesti. Kertyneistä ilmoituksista voidaan suunnitella tarvittavia kehitystoimia, joilla samankaltaiset ilmoitukset voidaan estää ja samalla parannetaan yleistä toimintaturvallisuutta. Raportoinnissa ja ilmoituksien käsittelyssä vältetään yksittäisen ihmisen tekemiset tai tekemättä jättämiset niin, että niitä ei julkisesti analysoida. Käsittelijän ei tule pyrkiä tunnistamaan tapahtumiin osallistuneita henkilöitä, vaan tapahtumista puhutaan yleisellä tasolla. Käsittelijä voi kertoa ilmoituksen tiedot eli sen, minkä ilmoittaja on havainnoinut. (HaiPro 2015, 14.)

2.3 Aikaisempaa tutkimustietoa potilasturvallisuudesta

Avelin ja Lepolan (2008) mukaan vaaratapahtumien ilmoittaminen järjestelmään tuki virheistä oppimista. Henkilökunta osallistui aktiivisesti ilmoituksien tekoon, ja niitä käsiteltiin yhdessä osastokokouksissa, mikä koettiin tärkeäksi. Ilmoituksien perusteella oli suunniteltu koulutuksia ja uusia toimintatapoja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Sairaalaan luotiin yhtenäinen toimintamalli, jonka avulla vaaratapahtumailmoituksia käsitellään, lisäksi käytännön työtapoihin kiinnitettiin huomiota ja niihin tehtiin muutoksia. Suurin osa näistä kehittämistoimenpiteistä koski lääke- ja nestehoidon toteutta-

mista. Kuisman (2011) mukaan ammattiryhmien ilmoitusaktiivisuus on vaihtelevaa. Lisäksi on huomattu selkeitä eroja eri toimialojen välillä, kun tutkitaan vaaratapahtumien esiintyvyyttä, luonnetta, vaaratapahtumien jakautumista viikonpäivien ja vuorokaudenaikojen mukaan sekä tapahtumien taustavaikuttajia. Vaaratapahtumailmoituksissa yleisimmäksi toimenpide-ehdotukseksi nousee tapahtuneesta informointi. Potilasturvallisuuden kehittämiseksi tulisi parantaa informaatiota, henkilökohtaisia ominaisuuksia, dokumentointia ja raportointia, toimintatapoja ja ohjeistusta, työnjakoa ja yhteistyötä, perehdytystä ja koulutusta, potilaan liikkumisen rajoittamista sekä teknisen valvonnan hyödyntämistä. Myös johtamista tulisi kehittää potilasturvallisuuden parantamiseksi. (Kuisma 2011.)

Henkilökunnan roolilla on iso merkitys potilasturvallisuuden kehittämisessä. Koko yksikön henkilökunta on avainasemassa vaaratapahtumien havainnoinnissa ja ilmoittamisessa. Edelleen kuitenkin ilmoituksien laatijoina toimivat enimmäkseen hoitajat. Lääkäreiden sekä laitoshuoltajien ilmoitusaktiivisuutta tulisi nostaa. Ilmoituksia analysoi pääsääntöisesti yksikön esimies, joka tarvitsee riittävää tukea ylemmältä taholta sekä riittävästi aikaa ilmoituksien analysointiin ja käsittelyyn. Systemaattisella analysoinnilla on mahdollista löytää potilasturvallisuuteen vaikuttavia riskitekijöitä ja sitä kautta kehittää toimintamenetelmiä ja prosesseja turvallisemmiksi. (Kuisma 2011, 37.)

Vaaratapahtumiin johtavissa virheissä useimmiten on kyse inhimillisestä erehdyksestä tai organisaation toimintatekijöistä. Vaaratapahtumien minimoimiseksi tulee jatkossa kehittää uusia, toimivia toimintamalleja ja jo vakioituneiden toimintatapojen, kuten tarkistuslistojen käytöllä, voidaan vähentää tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyviä haitta- ja vaaratapahtumia. (Kurronen 2011.)

Potilasturvallisuuden toteutuminen vaatii sairaanhoitajalta teknologian käytön osaamista, tarkkuutta ja huolellisuutta, aseptista omaatuntoa sekä tiimityöskentelytaitoja. Myös koulutus ja sairaanhoitajan vastuu omasta ammattitaidon kehittämisestä korostuivat turvallisuustekijöinä. (Piironen & Piironen 2013.)

Ruotsalaisen Socialstyrelsenin tekemän raportin mukaan vuosina 2010–2014 potilasturvallisuus on kehittynyt kovasti, mikä näkyy siinä, että vakavat vammat, joista potilas

voi saada pysyvän vamman tai joka voi johtaa kuolemaan, ovat vähentyneet merkittävästi verrattuna vuoteen 2008. Terveysthuoltoon liittyviä infektioita on pystytty vähentämään ja ennaltaehkäisemään aiempaa paremmin. Potilasturvallisuuskulttuurin osalta terveydenhuollon ammattilaiset kokevat parannusta tapahtuneen useilla alueilla, ja myös ylemmän johdon tuki ja valmius ovat parantuneet vaaratapahtumailmoitusten suhteen. Iäkkäiden potilaiden lääkehoitoon oli kiinnitetty enemmän huomiota, koska on katsottu, että kahdeksan prosenttia haitta- ja vaaratapahtumista johtui vanhusten liiallisesta lääkityksestä. Näistä jopa 60 prosenttia olisi ollut mahdollista estää ajantasaisella ja oikealla lääkityksellä. Potilasturvallisuuden kehitys on menossa siis oikeaan suuntaan Ruotsissa, mutta siinä on edelleen merkittäviä alueellisia eroja. Potilasturvallisuuskulttuurin muutos lähtee ennen kaikkea organisaatioiden johdosta. (Socialstyrelsen 2015.)

Seitsemän askelta potilasturvallisuuteen -opas on koottu useissa maissa tehtyjen tutkimusten perusteella. Opas tarjoaa hyvän tarkistuslistan potilasturvallisuuden parantamiseksi. Oppaan avulla voidaan auttaa organisaatioita suunnittelemaan toimintaansa, ja auttaa potilasturvallisuuden mittaamisessa. Opas auttaa varmistamaan, että annettu hoito on mahdollisimman turvallista, ja jos jotain menee pieleen, millaisiin toimiin silloin ryhdytään. Opas auttaa käyttämään kliinistä hallintotapaa, riskienhallintaa sekä kontrolloi varmuudella asetettuja tavoitteita. Oppaan seitsemän askelta ovat rakenna turvallisuuskulttuuria, johda ja tue henkilöstöä, integroi riskienhallinnan toimintaa, edistä raportointia, osallistu keskusteluun potilaan, yhteiskunnan tasolla, järjestä turvallisuusoppitunteja ja toteutua ratkaisuja haittojen ehkäisemiseksi. (NPSA 2004.)

Ruotsalaisessa tutkimuksessa tutkittiin ISBAR-menetelmän vaikuttavuutta potilasturvallisuuteen. Tutkimuksen mukaan useimmat potilasturvallisuutta heikentävät virheet tapahtuvat kommunikaatiossa. Kommunikaation parantamiseksi on kehitetty menetelmä ISBAR. Hoitajien ja lääkäreiden välinen kommunikaatio parani, kun standardoitua menetelmää käytettiin. Sekä lääkärit että hoitajat kokivat lisääntyntä luottamusta keskustelutilanteissa. Tiimityöskentelyyn tuli positiivisempi vire ja hoitokulttuurin kuvattiin kehittyneen enemmän ongelmakeskeiseksi kuin henkilökeskeiseksi haittatapahtuman sattuessa. Hoitajat kokivat turvallisuuden tunteen kasvaneen ja kokivat ISBARilla olevan positiivisia vaikutuksia kommunikaatioon. ISBAR-menetelmän koettiin alentavan hierarkkisuutta, koska kaikki tiimin jäsenet olivat vastuussa kommunikaatiosta. (Lindahl-Alarcón & Linde 2012.)

Terveysthuollon organisaatiot ovat tulleet tietoisimmiksi organisaatiokulttuurin muutostarpeesta. Kasvava kiinnostus potilasturvallisuutta kohtaan loi tarpeen työkalulle, jonka avulla voidaan arvioida potilasturvallisuuden parantamiseen käytettyä vaivannäköä. Turvallisuuskulttuuriarviointeja pidetään varsin uusina työkaluina potilasturvallisuuden parantamisessa. Näitä työkaluja voidaan käyttää mitattaessa haitta- ja vaaratilanteita, jotka tapahtuivat potilaalle, ja kehitys- ja arviointityössä, kun mietitään turvallisuusparannuksia terveydenhuollon organisaatioissa. Arviointien avulla saadaan selville ”kuinka työ täällä tehdään”, ja sitä kautta tilanteet saadaan näkyviksi ja saataville tuloksena muutoksesta. (Nieva & Sorra 2003.)

Turvallisuuskulttuurin arvioinnit ovat hyödyllisiä työkaluja, kun mitataan organisaationallisia tilanteita, joissa haitta- ja vaaratapahtumat ovat päässeet tapahtumaan potilaalle. Turvallisuuskulttuurin arvioinneilla voi olla useita tarkoituksia; niiden avulla voidaan diagnosoida turvallisuuskulttuuria ja lisätä tietoisuutta potilasturvallisuudesta, arvioida toimenpiteitä, joita on tehty potilasturvallisuuden parantamiseksi, ja tehdä sisäistä ja ulkoista benchmarkkausta. Arviointeja voidaan käyttää myös, kun halutaan tietää, toteutuvatko organisaatiossa säädökset ja muut vaatimukset potilasturvallisuuden suhteen. (Nieva & Sorra 2003.)

Lääkevahingoista ollaan kiinnostuneita niin tutkija- kuin terveydenhuollon hallinnon toimijoiden tasolla, koska ne ovat tavallisia ja useimmiten selkeästi esitettävissä. Lääkevahingot pääsevät tapahtumaan useimmiten virheellisten määräysten ja väärän lääkkeen annon pohjalta. Lääkevahingot tapahtuvat tavallisesti kiireellisissä olosuhteissa. Useiden samanaikaisten lääkkeiden ongelma eli polyfarmasia, lääketieteellisesti komplisoitunut ongelma, lääkehoidon tulosten puutteellinen seuranta sekä reagoimattomuus vahinkojen yhteydessä oireiden ilmentyessä lisäävät vahinkojen määrää sekä vakavuutta. On tavallista, että sairaalaan tulleen potilaan lääkityksen esitiedot ovat puutteellisia. Tavanomaista on muun muassa se, että tiedossa ei ole kaikki käytössä olevat lääkkeet, lääkkeitä on liikaa tai tiedoissa on sekä puutteita että vääriä lisäyksiä. Tämä on kliinisesti merkittävä virhe. (Pasternack 2006.)

Tietoa siirretään yhä enemmän sähköisesti. Sähköiset potilastietojärjestelmät on otettu terveyskeskuksissa käyttöön aiemmin kuin erikoissairaanhoidon puolella. Järjestelmät

kattavat tällä hetkellä koko julkisen terveydenhuollon, joten voisi olettaa, että tiedonkulku sen myötä olisi parantunut näiden kahden organisaation välillä. Potilaan hoidon kannalta välttämättömimmät tiedot eivät kuitenkaan löydy vielääkään sen paremmin ja tiedonkulun ongelmat eivät ole vähentyneet. Potilastietojärjestelmien toiminnassa on edelleen puutteita, joita käyttäjät itse eivät voi paikata. (Virjo ym. 2013, 2208.)

Hoitotyössä päivittäisen raportoinnin tulisi tarjota päivitettyä tietoa potilaan voinnista, saamasta hoidosta ja potilaan voinnin muutoksiin yhteydessä olevista tekijöistä. Hyvälle ja laadukkaalle tiedonsiirrolle edellytyksenä ovat hyvät kommunikaatiotaidot. Potilasraportointiin käytetään merkittävä osa päivittäisestä työajasta. Hoidon tehokkuuden kasvu ja lyhentyneet hoitoajat aiheuttavat työyksiköissä lisääntyntä työkuormaa ja kiirettä. Iso osa hoitohenkilökunnasta on tänä päivänä osa-aikaisia, ja sijaisten määrä on suuri. Nämä osaltaan asettavat haasteita tiedonkululle. Tehottomat raporttikäytänteet voivat johtaa sekä potilaat että hoitajat vaaratilanteisiin, jotka voivat johtua epätarkoituksenmukaisista tai arvailuihin perustuvista tiedoista. (Riesenberg ym. 2010, 24–34.)

Tutkimuksissa on havaittu, että käyttämällä strukturoitua ISBAR-menetelmää tarkistuslistoineen raportointitekniikat ovat kehittyneet tehokkaammiksi. Tähän kuitenkin tarvitaan pitkää aikaväliä, ennen kuin saaduista tuloksista voidaan tehdä pidemmälle meneviä johtopäätöksiä. (Street ym. 2011, 133–140.)

Iäkkäiden ihmisten kaatumis- ja putoamistapaturmat ovat terveydenhuollossa edelleen merkittävä ongelma. Monien tutkimuksien mukaan joka kolmas 65-vuotias kaatuu ainakin kerran vuodessa, ja näistä joka kymmenes kaatuminen johtaa osteoporoottiseen murtumaan. Iän on huomattu lisäävän kaatumisalttiutta; 80 vuotta täyttäneistä jo joka toinen kaatuu vähintään kerran vuodessa. Kaatuminen voi olla vanhenevalle henkilölle merkittävä käännekohta elämässä huonompaan, sillä terveellekin ihmiselle kaatuminen aiheuttaa merkittävää toimintakyvyn alenemista. (Nurmi 2000, 1 - 3.) Hoitotyössä olisi tärkeää osata tunnistaa kaatumisen riskitekijät ja ennaltaehkäisyyn olisi hyvä lisätä koulutusta sekä moniammatillista yhteistyötä. (Habonen ym. 2011, 1.)

Nurmen (2000, 114–117) mukaan kaatumisia sattuu enemmän miehille kuin naisille ja kolmasosa kaatumisista tapahtui yöaikaan. Kolmasosalla kaatuilevista oli käytössä jokin unilääke, joka todettiin tässä tutkimuksessa altistavaksi tekijäksi kaatumisille.

Muina vaaratekijöinä mainittiin lisäksi muun muassa huimaus ja ortostaattinen hypotensio. Nurmi toivoo tutkimuksessaan, että kaatumiset rekisteröitäisiin ja analysoitaisiin systemaattisesti, jotta saataisiin selville, millaisissa olosuhteissa kaatumisia tapahtuu ja kuinka paljon niistä aiheutuu vammoja sekä kustannuksia.

Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa on ollut turvallisuusprojekti, jossa työkaluna on käytetty HaiPro-ohjelmaa. Projektin aikana on kerätty osastoille tietoa muun muassa ikääntyneiden kaatumisriskeistä. Henkilökunnalle on järjestetty koulutusta ikääntyneiden lääkehoidosta, deliriumin hoitamisesta ja hoitoympäristöön on kiinnitetty huomiota muun muassa hankkimalla uusia tossuja. (Heinonen & Isaksson 2011, 59.)

Väkivalta ja sen uhka ovat todellisia uhkia terveydenhuollossa, ja se on yleistynyt kovaa vauhtia. Hoitohenkilökunnan koulutukseen ja perehdytykseen on hyvä kiinnittää huomiota, koska sen avulla voidaan mahdollistaa valmiuksia mahdollisia väkivalta- ja uhkatilanteita varten. (Vahtera 2011, 3.) Hoitotyössä kohdataan asiakkaita, joiden tunteiden hallinta on puutteellista tai he ovat turhautuneita, vihamielisiä ja jopa aggressiivisia johtuen sairaudestaan, elämäntilanteestaan tai päihteiden käytöstä. Myös vanhuksilla voi olla muistisairauden aikaansaamia aggressiivisia purkauksia. (Keronen 2011.) Aluehallintoviraston (2010, 6) mukaan väkivallalla ja sen uhalla on vaikutuksia työntekijöiden hyvinvointiin, jaksamiseen sekä työkykyyn. Väkivallasta ja sen uhasta voi koitua muitakin kuin fyysisiä oireita; väsymystä, unettomuutta, pelkotiloja, töissä viihtymättömyyttä tai sydänoireita.

Louhela ja Saarinen (2006, 8) toteavat tutkimuksessaan, että väkivalta on hoitotyössä aliraportoitua, koska sitä saatetaan sietää ikään kuin osana työtä. Väkivaltaan ja sen mahdollisuuteen on kuitenkin kiinnitetty huomiota, ja lähes kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa on nykyään jonkinlainen väkivallan seurantajärjestelmä. Uhka- ja väkivaltilanteiden dokumentoinnissa on edelleen parantamisen varaa hoitoalalla, usein esimerkiksi läheltä piti -tilanteet jäävät valitettavan usein raportoimatta (SuPer, 2014).

Turvallisuusuhkien hallintaa varten on peräänkuulutettu nykyhetkeä parempaa tilastointia ja yhtenäisiä kriteereitä. Tunnollisella uhka- ja väkivaltilanteiden raportoimisella helpotettaisiin tulevaisuudessa hoitotilanteisiin varautumista. Väkivaltilanteita seuraamalla saadaan tietoa väkivaltilanteista ja kehittämistarpeista. Esimerkiksi

HaiPro-ohjelmaan voidaan tehdä sähköinen ilmoitus potilaan tai henkilökunnan koke-
masta väkivaltatilanteesta tai läheltä piti -tilanteesta. (Penttinen & Schildt 2010, 21.)

3 POTILASTURVALLISUUS ITÄ-SAVON SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Itä-Savon sairaanhoitopiirin (ISSHP) potilasturvallisuustyöryhmä on laatinut oman po-
tilasturvallisuussuunnitelman vuonna 2012, ja sitä on päivitetty vuonna 2014. Suunni-
telma on hyväksytty keskushallinnon johtoryhmässä ja kuntayhtymän hallituksessa. Po-
tilasturvallisuustyö perustuu turvallisuuden kokonaisvaltaiseen hallintaan ja systemaat-
tiseen turvallisuustyön toteutumiseen. Kokonaisuus muodostuu turvallisuusriskien tun-
nistamisesta ja ennakoivasta riskienhallinnasta, turvallisuutta varmistavista menetel-
mistä ja toimintatavoista. Huomion pääkohta on organisaation ja palvelujärjestelmän
toimivuudessa systeemiajattelun mukaisesti. Tavoitteena on integroida potilasturvalli-
suus osaksi organisaation jokapäiväistä toimintaa. (ISSHP 2014, 3 - 5.)

Kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta on sairaanhoitopiirin johdolla. Lähiesimiesten
velvollisuutena on luoda avoin, syyllistämätön ja turvallisuutta arvostava ilmapiiri. Jo-
kaisella työntekijällä on mahdollisuus tuoda esille oma näkemys potilasturvallisuuden
parantamisesta ja kehittämisestä. Esimies vastaa turvallisuusasioiden aktiivisesta käsit-
telystä ja huolehtii, että työyksiköiden toimintaa kehitetään niin, että toimintaan liittyviä
riskejä arvioidaan ja ennakoidaan systemaattisesti. Jokainen ammattihenkilö on osal-
taan velvollinen vastaamaan potilasturvallisuudesta ja sitä edistävästä menetelmästä
omassa työtehtävässään. Myös potilas itse ja hänen läheisensä voivat osallistua aktiivi-
sesti potilasturvallisuuden edistämiseen. Potilas voi itse vaikuttaa hoidon onnistumi-
seen, sillä hän on usein paras tietolähde omasta itsestään, terveysongelmistaan sekä ter-
veydentilassa on tapahtunut muutoksia. Haittatapahtuman tapahduttua siitä kerrotaan
avoimesti potilaalle ja siitä tehdään asianmukaiset merkinnät potilasasiakirjoihin.
(ISSHP 2014, 5 - 6.)

ISSHP:ssa vaaratapahtumat ilmoitetaan HaiPro-järjestelmään. Järjestelmään ilmoite-
taan kaikki hoitoon liittyvät vaaratapahtumat, jotka aiheuttivat tai olisivat voineet ai-
heuttaa haitan potilaalle. Jokaisen työntekijän on osattava ilmoituksen tekeminen jär-
jestelmään. Ilmoituksien käsittely on ohjeistettua ja suunnitelmallista. On huomioitava,

että järjestelmään tallennetaan myös sellaiset vaaratapahtumat, joista täytetään lakisääteiset ilmoitukset. Yksikön HaiPro-ilmoitukset ja potilasturvallisuuteen liittyvät potilaspalautteet käydään säännöllisesti läpi osastokokouksessa henkilöstön kanssa avoimesti, rakentavasti ja syyllistämättä. Tavoitteena on moniammatillinen ilmoitusten käsittely hoitohenkilökunnan ja osaston vastaavan lääkärin kanssa. (ISSHP 2014, 14–16.)

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää potilasturvallisuutta. Tarkoituksena oli kehittää uusi tapa toimia vaaratapahtumien käsittelemiseksi ja sitä varten laatia toimintamalli, joka ohjaa uutta tapaa. Olisi hyvä, että jo tapahtuneista haitta- ja vaaratapahtumatilanteista otetaan opiksi.

5 KEHITTÄMISTYÖN SUUNNITTELU

5.1 Toimintatutkimus teoriassa

Tämä kehittämistyö toteutetaan **toimintatutkimuksen** metodologiaa käyttäen. Toimintatutkimus on todellisessa maailmassa tehty pieni interventio ja kyseisen intervention vaikutuksien lähempää tutkimista. Toimintatutkimus on tilanteeseen sidottu, vaatii yhteistyötä, osallistavaa ja itseään tarkkailevaa toimintaa. Toimintatutkimukseen osallistuu yleensä koko työyhteisö, ja tavoitteena on aikaansaada muutosprosessi (Metsämuuronen 2001, 28–29). Osallistamisen tavoitteena on saada hoitohenkilöstö aktivoitumaan niin, että he tulevat tietoisiksi vaaratilanteista ja sitä kautta lähdetään muuttamaan toimintatapoja, jotta oppimisprosessi virheistä alkaa.

Toimintatutkimusta kuvataan sykliseksi prosessiksi, joka on riippuvainen erilaisista vaiheista (Metsämuuronen 2001, 31). Opinnäytetyöni kohdistuu tutkimusprosessin kartoitus-, prosessointi-, suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheisiin. Tässä kehittämistyössä tarkoitus on, että hoitohenkilökunta osallistuu toimintaan ja sen muutokseen tekemällä haitta- ja vaaratapahtumailmoituksia, osallistumalla tehtyjä ilmoitusten käsittelyyn ja ilmoitusten kautta heränneisiin keskusteluihin ja pohdiskeluihin. Saatujen kokemusten kautta pyritään etsimään ratkaisuja käytännön työssä ilmenneisiin potilasturvallisuusongelmiin. Toimintaan osallistumisen tavoite on, että hoitotyötä tekevät

aktivoituisivat oman työnsä analysoinnissa ja kehittämisessä. Päämääränä on, että potilasturvallisuusongelmat tulisivat tiedostetuiksi. Ihannetilanne olisi, että koko prosessista muodostuisi osallistuvalla työyhteisöllä oppimisprosessi.

Kartoitusvaiheessa selvitetään työyhteisön tilannetta ja siellä ilmeneviä ongelmia. Arkipäivän tilanteesta lähtevä ongelma siis identifioidaan, arvioidaan ja muotoillaan tutkimusongelmaksi (Metsämuuronen 2001, 31). **Prosessointi- ja sitoutumisvaiheessa** käydään alustavaa keskustelua ja neuvottelua asiasta kiinnostuneiden osapuolien kanssa (Metsämuuronen 2001, 31). Prosessointivaiheessa työyhteisö ja tutkija keskustelevat kartoitusvaiheen tuloksista ja niiden merkityksestä työyhteisölle. Prosessointi- ja sitoutumisvaiheen tarkoituksena on todellisen ongelman löytyminen, ongelman tiedostaminen ja yhteinen hyväksyntä, jotta mahdollinen muutos saadaan aikaan. Sitoutuminen itse asiassa alkaa jo prosessivaiheessa, kun ongelma on tiedostettu ja muutostarve on noussut esiin. Seuraavassa vaiheessa tarkoituksena on pohtia ja esittää vaihtoehtoja ongelman ratkaisuksi. Ongelmanratkaisuksi on mahdollista esittää ratkaisuksi toimintatapojen muutosta tai luodaan kokonaan uusia toimintatapoja ja -malleja. (Lauri 1997, 116.)

Suunnitteluvaiheessa voidaan etsiä aiempaa tutkimuskirjallisuutta, mutta se ei ole aina välttämätöntä (Metsämuuronen 2001, 31). Suunnitteluvaiheessa määritellään mitattavat tavoitteet ja keinot, joilla päästään tavoitteeseen, toisin sanoen siis määritellään mitä tehdään ja miten. Suunnitteluvaiheessa luodaan yksityiskohtainen toteuttamisohjelma sekä kehitetään seuranta- ja arviointimenetelmää (Lauri 1997, 116). Tutkimuksen ydin muodostuu oikein muotoillusta tutkimuskysymyksestä tai kysymyksistä, jotka ovat johdettu tutkimusongelmasta (Kananen 2014, 44). Tutkimussuunnitelman laatimisen tavoitteena on tutkimuksen luotettavuuden, objektiivisuuden ja taloudellisuuden takaaminen. Hyvä tutkimussuunnitelma antaa vastauksia kysymyksiin mitä tietoa tarvitaan, mistä tieto saadaan (tietolähteet), miten tieto on hankittu (tiedonkeruumenetelmät) ja kuinka tieto analysoidaan (analysointimenetelmät). (Kananen 2014, 47.) Toimintatutkimuksen suunnitteluvaiheeseen kuuluu myös tiedottaminen ja mahdollisten tulosten levittäminen. Kun kyseessä on koko työyhteisöön vaikuttava mahdollinen muutos, ei tiedottamista voida unohtaa. Tiedottamisen tärkeys liittyy välillisesti sitoutumiseen ja muutosvastarintaan – se on hyvä muistaa, sillä ihmiset vastustavat luontaisesti uutta ja muutosta. (Kananen 2014, 53.)

Toimintatutkimuksen viidennessä vaiheessa on **toteutuksen** aika, jolloin kehittämis-kohteen toteutus ja seuranta arvioidaan (Lauri 1997, 117). **Arviointivaihe** on käynnissä jo toteutusvaiheen yhteydessä, kun suoritetaan jatkuvaa kehittämissuunnitelman toteutumista. Lopullinen arvio suoritetaan suunnitelluilla arviointimenetelmillä (Lauri 1997, 117–118). Viimeisessä eli **hyväksymisvaiheessa** muutos vakiinnutetaan pysyväksi toimintamalliksi (Lauri 1997, 115).

5.2 Toteutussuunnitelma

Kehittämistyön **kartoitusvaihe** alkoi tiedosta, että virheet ja potilasturvallisuuden parantamisen tarve olivat nousseet puheenaiheeksi osastotunnilla. Tapahtuneita haitta- ja vaaratapahtumatilanteita oli seurattu kohdeosaston HaiPro-järjestelmään tehdyistä ilmoituksista, mutta niitä ei ollut juurikaan analysoitu yhdessä. Ilmoitukset oli koottu yhteiseen kansioon, jossa ne ovat hoitohenkilökunnan luettavissa. Toiveena oli, että ilmoitusten analysointi vakiintuisi osastolla ja siitä muodostuisi pysyvä tapa.

Prosessointi- ja sitoutumisvaiheen alkuna voidaan pitää työntekijöiden ja esimiehen keskusteluja osastotunneilla. Todellinen ongelma oli löydetty yhdessä keskustelujen pohjalta, niiden merkitys työyhteisölle oli todettu. Osastolla oli selkeä tarve muutokseen, jotta ilmoitusten analysoinnilla saadaan aikaan potilasturvallisempaa hoitoa. Ongelman ratkaisuksi tutkija loi toimintamallin, jonka avulla muutostarpeeseen pyritään vastaamaan.

Suunnitteluvaiheessa tutkija analysoi yhden valitun vuoden vaaratapahtumailmoitukset eli vuoden 2014 aikana tehdyt HaiPro-ilmoitukset. Kyseisen vuoden ilmoitukset kategorisoitiin aihealueittain ja tarkempaan analyysiin otettiin sen vuoden vähiten ilmoitetut ilmoitukset, koska ennakkoon oli jo tiedossa, että osastolla eniten ilmoituksia tehdään lääke- ja nestehoitoon liittyen. Lääkehoidon parissa toiminnan muutoksia oli jo tehty, kuten lääkkeiden kaksoistarkastus oli noussut ilmoitusten pohjalta osaksi arkea.

Opinnäytetyön tekijä veti osastotunnin tapaisen tuokion hoitohenkilökunnalle, jossa osallistettiin tuplatiimimenetelmällä. Tuplatiimi on yksi ryhmätyöskentelytapa, jossa ryhmätyönä ratkaistaan jokin ongelma keksimällä uusia ideoita tai ratkaisukeinoja.

Tuplatiimissä ryhmän jäsenet sitoutetaan hyväksymään ja toteuttamaan itse valitseman ratkaisut. Tuplatiimissä tilanne alkaa ongelman kuvauksella. Tilanteen vetäjä kuvailee ratkaistavaa ongelmaa ja sen taustoja. Annettua ongelmaa miettii kukin ensin hetken itsekseen, minkä jälkeen muodostetaan parit. Tämän jälkeen parit keskustelevat aiheesta keskenään ja kirjaavat ylös esimerkiksi viisi tärkeintä asiaa. Kukin pari esittelee asiansa lyhyesti kaikille ja tämän jälkeen laput kiinnitetään seinälle kaikkien nähtävälle. Kolmannessa vaiheessa valitaan seinällä olevista vaihtoehdoista tärkeimmät äänestämällä. Äänestys voi tapahtua esimerkiksi siten, että jokainen osallistuja käy laittamassa merkin tärkeimmäksi kokemansa asian kohdalle. Eniten ääniä saaneet asiat menevät jatkokäsittelyyn. (Innotiimi, 2009.)

Lisäksi hoitohenkilökuntaa osallistettiin kahden viikon ajan kalanruotomenetelmällä. Kalanruotokaaviota on käytetty laatujohtamisen sekä prosessikehittämisen työkaluna, ja sitä käytetään usein ryhmätyön välineenä. Sen on keksinyt japanilainen professori Kaoru Ishikawa. Kalanruotokaaviota on kutsuttu myös syy-seuraus kaavioksi. Kalanruotokaavio on visuaalinen tapa esittää ryhmitellyt asiat ja siinä jokainen ryhmä esittelee omalla ruodolla. Kalanruotokaaviota voidaan käyttää myös ongelmanratkaisumenetelmänä. Eri ryhmiin kuuluvia asioita jaotellaan piirrettyyn kalanruotoon, jossa on yleensä kuusi ruotoa. Ideat voidaan laittaa ruodoille esimerkiksi värikkäiden liimautuvien muistilappujen avulla (Post it -laput). Kahden viikon jälkeen kaavio analysoidaan, jotta juurisyyt löydetään. (Karjalainen 2007.) Tuplatiimistä sekä kalanruotomenetelmästä saatujen ajatuksien ja ideoiden pohjalta tutkija suunnitteli toimintamallin.

Toimintatutkimuksen viidennessä eli **toteuttamisvaiheessa** luotiin toimintamalli haitta- ja vaaratapahtumailmoitusten analysointia varten. Toimintamallin pohja koostui yhden vuoden analysoiduista HaiPro-ilmoituksista sekä osallistavista menetelmistä saadun tiedon pohjalta.

Toteuttamisvaihe sisältäisi myös toimintamallin seurannan ja arvioinnin käytännössä. Seurannalla ja arvioinnilla pyritään tarkentamaan toimintamallin toimivuutta käytännössä, raportoidaan toiminnan aikaansaamaa muutosta, pyritään ennakoimaan riskejä ja havaitaan lisää muutostarpeita. Tämä vaihe ei välttämättä tule ajallisesti tapahtumaan opinnäytetyöprosessin aikana, mutta on hyvä pitää mielessä.

Toimintamallin arvioiminen tapahtuisi kokemuksien kautta eli pyytäisin kohdeosaston esimieheltä sekä hoitohenkilökunnalta palautetta tietyn ajan kuluttua, näkevätkö he hyötynensä toimintamallista ja sen käyttämisestä.


Säännöllinen seuranta ja arviointi mahdollistavat oppimisen näkymisen käytännössä ja toimivien ratkaisujen löytämisen. Seuranta voi olla jatkuvaa tiedonkeruuta, tarkastelevaa ja hyödynnettyä keskeisistä asioista. Arvioimalla toimintaa ja sen tuloksia voidaan havaita tuloksia ja vaikutuksia tiedon järjestelmällisestä keräämisestä.

Arviointi- ja hyväksymisvaihe alkaa jo osittain toteuttamisvaiheessa. Arviointi tapahtuu käytännössä toimintamallia käytettäessä ja jatkuvalla seurannalla. Arvioivaa keskustelua toimintamallin käytännöllisyydestä voidaan käydä esimerkiksi mentorin, osastonhoitajan, lääkärien sekä hoitohenkilökunnan kanssa ja ideat kirjataan ylös. Jatkuva seuranta oli käynnissä koko tutkimusprosessin ajan, sillä siinä hyödynnetään osaston tekemiä haitta- ja vaaratapahtumailmoituksia ja hoitohenkilökunta osallistui osallistettuina menetelmien avulla.

Ilmoituksien käsittelyn yhteydessä tarkoitus oli antaa kehittämissuhteita esimiehelle ja sopia samalla uusista toimintatavoista. Näistä rakentuu uusi toimintamalli osastolle. Hyväksymisvaiheessa toimintamallin käyttö on vakiintunut pysyväksi toimintatavaksi osastolla. Kehittämistyön eteneminen toimintatutkimuksen sykleissä on kuvattu tarkemmin taulukossa. (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Toimintatutkimuksen vaiheet

TOIMINTATUTKIMUKSEN ETENEMINEN TUTKITTAVASSA KOHTEESSA		
VAIHE	TOTEUTUS	OSALLISTUJAT
Kartoitusvaihe	Lähtötilanteen kartoitus <ul style="list-style-type: none"> • tarve toimintamallille nousi osastotunnilla Ongelman kartoitus <ul style="list-style-type: none"> • haitta- ja vaaratapahtumailmoituksia tehtiin paljon • ilmoituksia tehtiin, mutta ne jäivät käsittelemättä yhdessä • määriteltiin ketkä osallistuvat tutkimukseen → rajattiin koskemaan hoitohenkilökuntaa 	Kohdeosaston hoitohenkilökunta Opinnäytetyön tekijä

Prosessointi- ja sitoutumisvaihe	<p>Osastotunnit</p> <ul style="list-style-type: none"> • yhteinen hyväksyntä muutostarpeelle. • ilmoituksien analysointia ei tehty tällä hetkellä yhdessä • ilmoituksien analysoinnin (=toiminnan) vakiinnuttaminen <p>Esimiehen ”toimeksianto” tutkimustyölle</p>	<p>Kohdeosaston hoitohenkilökunta</p> <p>Opinnäytetyön tekijä</p>
Suunnittelu- vaihe	<p>Vuoden 2014 osastolla tehdyt HaiPro-ilmoitukset analysoidaan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valittiin kategoria, jossa vähiten ilmoituksia, koska tiedetään, että poikkeamailmoituksia on eniten lääkehoidosta → kehittäminen oli jo aloitettu <p>Kalanruotomenetelmän toteutus kahden viikon ajan esimerkiksi kahvihuoneen seinällä.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mitä hyvää osaston HaiPro-ilmoituksien käsittelyssä tällä hetkellä? 2. Mitä huonoa osaston HaiPro-ilmoituksien käsittelyssä tällä hetkellä? 3. Mitä kehittäisit osaston HaiPro-ilmoituksien käsittelyssä? <p>Osastotunti, jossa</p> <ul style="list-style-type: none"> • tuplatiimimenetelmä <ol style="list-style-type: none"> 1. Mitä hyvää HaiPro-ilmoituksien teossa? 2. Mitä huonoa HaiPro-ilmoituksien teossa? 3. Mitä kehittäisit HaiPro- ilmoituksien teossa? 	<p>Opinnäytetyön tekijä</p> <p>Opinnäytetyön tekijä</p> <p>Kohdeosaston hoitohenkilökunta</p> <p>Kohdeosaston hoitohenkilökunta</p>
Toteutusvaihe	<p>Käsitellyt ilmoitukset käytiin läpi ja kategorisoitiin teemoittain ja otettiin talteen jo annettuja kehittämissuhteita</p> <p>Tuplatiimeissa ja kalanruodolla saadut vastaukset analysoitiin (vrt. sisällönanalyysi)</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiedottaminen saaduista tuloksista osastotunnilla ja keskustelua aiheesta  <p>Toimintamallin luominen</p> <p>Toimintamallin käytön seuranta ja arviointi</p> <ul style="list-style-type: none"> • toimintamallin kokeilu käytännössä • palautteen antaminen kirjallisesti/suullisesti 	<p>Opinnäytetyön tekijä</p> <p>Opinnäytetyön tekijä</p> <p>Kohdeosaston hoitohenkilökunta</p> <p>Opinnäytetyön tekijä</p> <p>Esimies</p> <p>Mentori</p>
Arviointivaihe	<p>Toimintatutkimuksen vaiheiden arviointi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • toimintamallin esittely ja keskustelu 	<p>Opinnäytetyön tekijä</p> <p>Mentori</p> <p>Esimies</p> <p>Lääkäri</p> <p>Hoitohenkilökunta</p>
Hyväksymis- vaihe	<p>Toiminta vakiintuu luodun toimintamallin mukaiseksi</p>	<p>Kohdeosaston henkilöstö</p>

6 AINEISTOJEN KERÄÄMINEN JA ANALYSOINTI

Toimintatutkimuksen suunnitelmavaiheessa kohdeosaston henkilökuntaa osallistettiin kahdella menetelmällä, eli kalanruotokaavioilla sekä tuplatiimimenetelmällä, jotta sain aineistoa toimintamallia varten. Kalanruotokaaviot olivat esillä kahvihuoneessa yhteensä kolmen viikon ajan. Tuplatiimimenetelmä toteutui osastotunnin tapaisena tuokiona, johon osallistui viisi hoitajaa.

Kalanruotokaaviot sekä tuplatiimimenetelmästä saadut aineistot analysoitiin sisällönanalyysimenetelmää hyödyntäen. Sisällönanalyysissa aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Tutkittavat tekstit voivat olla muun muassa kirjoja, päiväkirjoja, haastatteluita, puheita tai keskusteluita. Sisällönanalyysilla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, jonka avulla ilmiön tulokset ovat kytkettyinä laajempiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Sisällönanalyysissa voidaan tuottaa sanallisesti kuvattua aineistosta määrällisiä tuloksia. Tutkimusaineiston laadullisessa sisällönanalyysissa aineisto pirstotaan pieniin osiin, käsitteellistetään ja sen jälkeen kootaan uudelleen kokonaisuudeksi. Sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti, erona on vain analyysin ja luokittelun perustuminen joko aineistoon tai valmiiseen teoreettiseen viitekehykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 109–116).

Sisällönanalyysivaiheessa kävin siis läpi sekä kalanruodoista, että tuplatiimistä saamani materiaalin. Jokaisen tutkimusongelman kysymyksen vastaukset luokittelin taulukkoon ja etsin niistä avainsanoja, jotka vastasivat tutkimusongelmaan aihepiireittäin. Avainsanat kokosin seuraavan otsikon alle ja vielä siitä pelkistetysti alaluokkaan. Alaluokat kokosin samankaltaiset asiat suuremmiksi asiakokonaisuuksiksi, eli abstrahoin alaluokat isoiksi teemoiksi, yläluokiksi.

Vuoden 2014 aikana kohdeosastolla tehdyt HaiPro-ilmoitukset analysoin tilastollisesti jakamalla ne luokkien mukaisesti. HaiPro-ohjelmassa on olemassa kaikkiaan 13 erilaista päätapahtumatyyppiä (liite 2).

6.1 Raportoidut haitta- ja vaaratapahtumat kohdeosastolla vuonna 2014

Kaikista ilmoitetuista ilmoituksista (n=128) läheltä piti - ilmoituksia oli 50,0 % (n=64), tapahtui potilaalle - ilmoituksia 38,3 % (n=49) ja ei luokiteltuja - oli 11,7 % (n=15). Raportoidut vaaratapahtumailmoitukset on esitetty taulukossa 2 pääluokittain (tapahtumatyypeittäin). Sairaanhoitajat raportoivat ilmoituksista 93,8 % (n=120), muu hoitohenkilöstö 5,4 % (n=7) ja lääkärit 0,8 % (n=1).

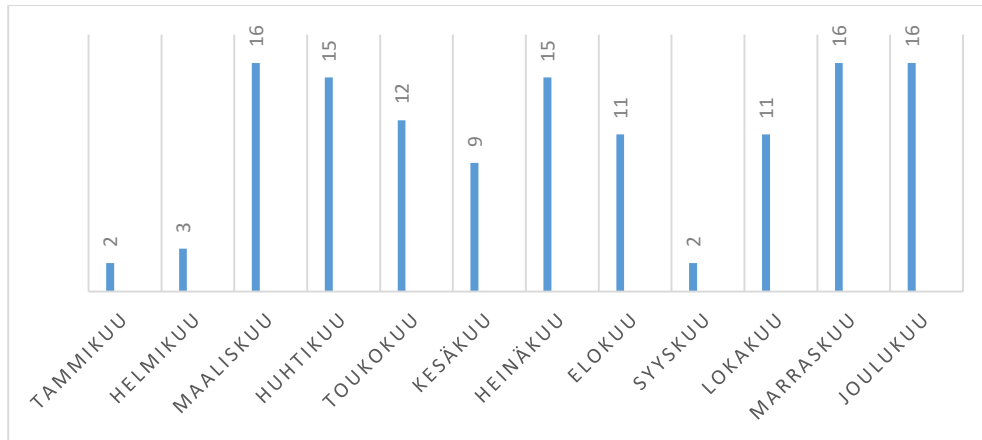
TAULUKKO 2. Eniten ilmoitetut vaaratapahtumailmoitukset kohdeosastolla vuonna 2014 pääluokittain

Luokka	lkm	%
Lääke- ja nestehoittoon, verensiirtoon liittyvä	79	61,7
Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvä	11	8,6
Invasiivinen toiminta	1	0,8
Muu hoitotoimenpide	2	1,6
Laboratorio- ja kuvantamistutkimukseen liittyvä	2	1,6
Laitteeseen liittyvä	3	2,3
Tapaturma	7	5,5
Väkivalta	13	10,1
Muu (luokittelematon)	10	7,8
Yhteensä	128	100

Raportoiduista vaaratapahtumailmoituksista eniten eli 61,7 % (n=79) kuului lääke- ja nestehoittoon kuuluvaan luokkaan. Toiseksi eniten raportoitiin tapahtuvaksi väkivaltatilanteita eli 10,1 % (n=13) ja kolmanneksi eniten ilmoitettiin tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvistä tapahtumista, eli 8,6 % (n=11). Vaaratapahtumailmoituksia on käsitelty jatkossa tarkemmin pääluokittain niin, että tarkempaan analyysiin on valittu neljä kategoriaa: lääke- ja nestehoidon, tiedonkulun, tapaturmien sekä väkivallan ilmoitukset.

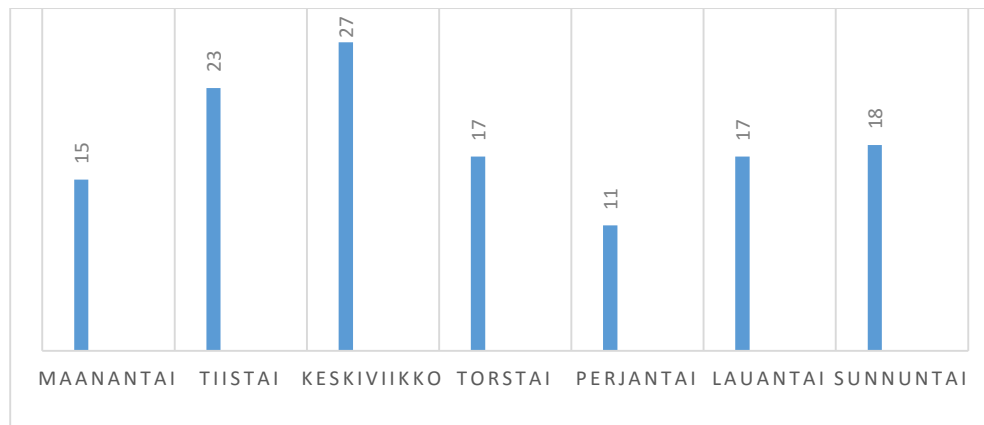
Tutkimuskohteessa vaaratapahtumajärjestelmään tehtyjen ilmoitusten lukumäärissä oli jonkin verran vaihteluja. Kuten kuvasta 4 nähdään, alkuvuonna ilmoituksia on tehty

vähemmän suhteessa muihin kuukausiin, samoin syyskuussa ilmoituksia on tehty vähemmän kuin muina kuukausina.



KUVA 4. Vaaratapahtumailmoitukset vuonna 2014 kohdeosastolla

Kuvasta 5 voidaan havaita, että vaaratapahtumia sattui joka viikonpäivä, eikä niiden välillä ollut suurempia eroja. Eniten tapahtumia oli raportoitu keskiviikkoisin, 21,1 % (n= 27), ja vähiten perjantaisin, eli 8.6 % (n=11).

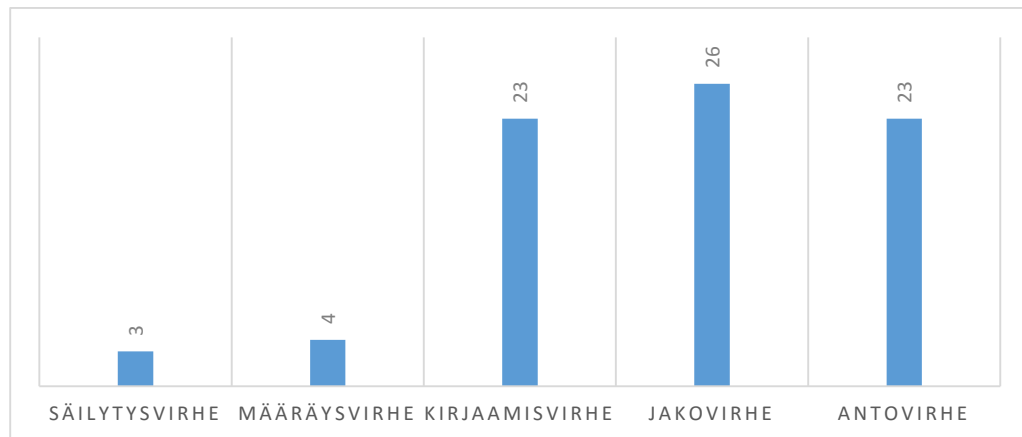


KUVA 5. Vaaratapahtumailmoitusten jakautuminen viikonpäivien mukaan

Seuraavaksi tarkastellaan vaaratapahtumailmoitusten sisältöjä niiden pääluokkien mukaisesti.

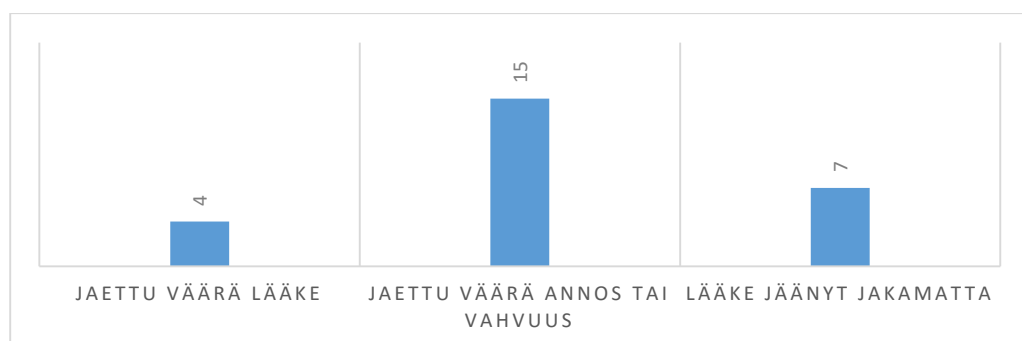
6.1.1 Lääke- ja nestehoitoon tai verensiirtoon liittyvät ilmoitukset

Kohdeosastolla lääke- ja nestehoitoon tai verensiirtoon liittyvät ilmoitukset (n=79) jakautuivat viiteen alaluokkaan, joita ovat säilytys-, määräys-, kirjaamis-, jako- ja antovirheet (kuva 6). Alaluokat tulevat suoraan HaiPro-ohjelman lääke- ja nestehoitoon tai verensiirtoon liittyvästä luokasta (liite 2).



KUVA 6. Lääke- ja nestehoitoon sekä verensiirtoon liittyvät ilmoitukset kohdeosastolla vuonna 2014

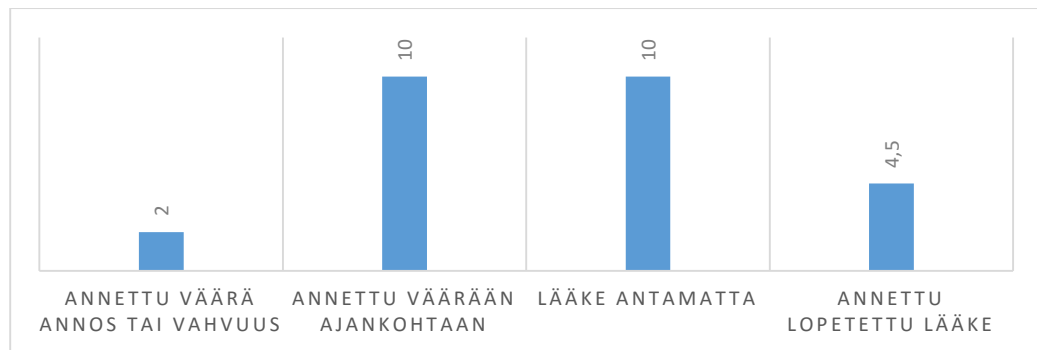
Jakovirheitä (n=26) oli kaikista lääke- ja nestehoitoon sekä verensiirtoon liittyvistä ilmoituksista eniten, eli 32,9 %. Jakovirheet jakautuivat kolmeen ryhmään (kuva 7): jaettu väärä lääke/neste/verituote (n=4), jaettu väärä annos tai vahvuus (n=15) ja lääke jäänyt jakamatta (n=7).



KUVA 7. Jakovirheiden ryhmittely

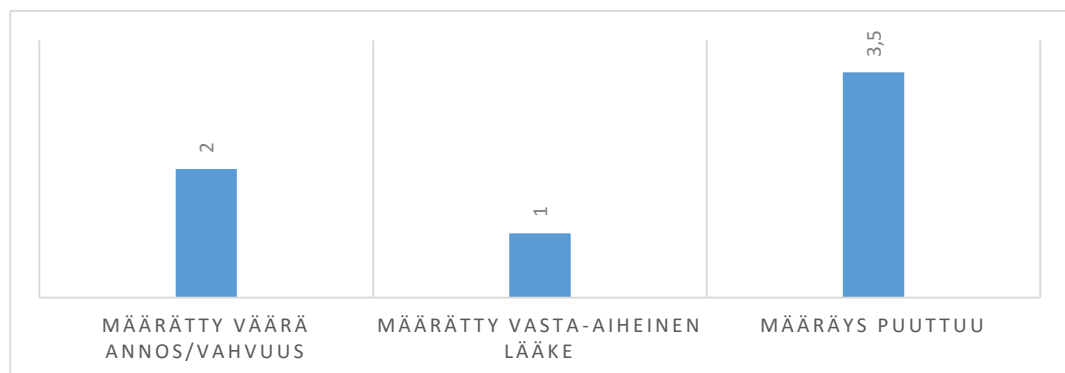
Antovirheitä (n=23) oli 29,1 % kaikista lääke- ja nestehoitoon sekä verensiirtoon liittyvistä ilmoituksista. Antovirheet jakautuivat neljään ryhmään (kuva 8): annettu väärä

annos/vahvuus (n=2), lääke annettu vääränä ajankohtana (n=10), lääke, - neste, - tai verituote antamatta (n=10) ja annettu lopetettu lääke/neste/verituote (n=1).



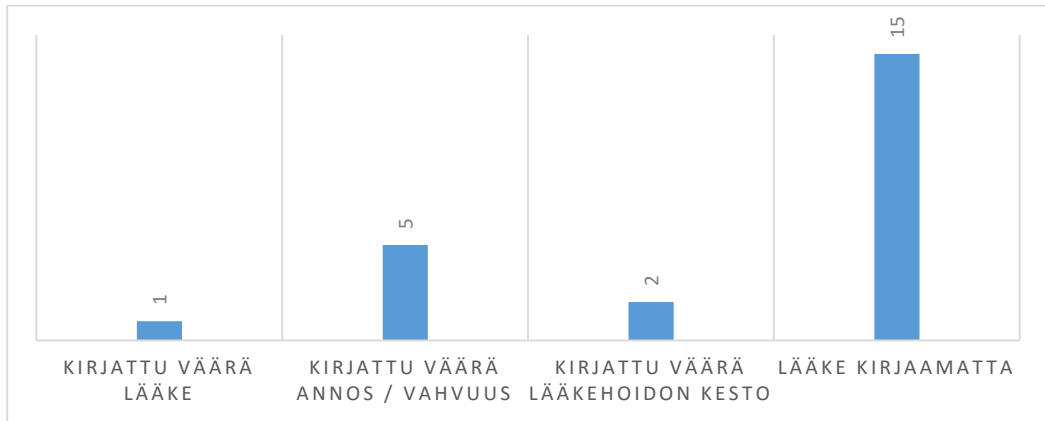
KUVA 8. Annosvirheiden ryhmittely

Määräysvirheitä (n=4) oli lääke- neste- ja verensiirtoon liittyvistä ilmoituksista 5,1 %, ja ne jakautuivat kolmeen ryhmään (kuva 9): määrätty väärä annos tai vahvuus (n=2), määrätty vasta-aiheinen lääke (n=1) ja määräys puuttuu (n=1).



KUVA 9. Määräysvirheiden ryhmittely

Kirjaamisvirheitä (n=23) oli 29,1 % ilmoitetuista lääke-, nestehoito-, - ja verensiirtoon liittyvistä ilmoituksista. Kirjaamisvirheet jakautuivat neljään eri ryhmään (kuva 10): kirjattu väärä lääke (n=1), kirjattu väärä annos tai vahvuus (n=5), kirjattu väärä lääkeshoidon kesto (n=2) ja lääke jäänyt kirjaamatta (n=15).



KUVA 10. Kirjaamisvirheiden ryhmittely

Säilytysvirheitä (n=3) oli lääke, - neste- ja verensiirtoon liittyvistä ilmoituksista 3,8 %, ja ne jakautuivat kahteen ryhmään (kuva 11): lääke säilytetty väärässä säilytysolosuhteessa (n=1) ja lääke sijaitsi väärässä sijoituspaikassa (n=2).



KUVA 11. Säilytysvirheiden ryhmittely

6.1.2 Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät ilmoitukset

Kohdeosastolla tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyviä ilmoituksia tehtiin 8,6 % (n=11) ja ne jakautuivat neljään alaluokkaan: hoidon järjestelyihin liittyvät ilmoitukset 9 % (n=1), potilastiedon hallintaan liittyvät 45,5 % (n=5), suulliseen tiedonkulkuun liittyvät 27,3 % (n=3) sekä potilaskohtaiseen hoito-ohjeeseen liittyvät 18,2 % (n=2). Taulukossa 3 on esitelty tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvien ilmoitusten jakautuminen kohdeosastolla vuonna 2014.

TAULUKKO 3. Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumailmoitukset kohdeosastolla vuonna 2014

Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvä	lkm	%
Potilastiedon hallintaan liittyvä	5	45,5
Puutteellinen/puuttuva potilastieto	2	
Tietojen haku järjestelmästä/syöttö järjestelmään estynyt	2	
Potilastieto kirjattu väärään paikkaan	1	
Suullisen tiedonkulkuun liittyvä	3	27,3
Suullinen tieto jäänyt välittymättä	2	
Suullinen tieto välittynyt väärään paikkaan	1	
Potilaskohtaiseen hoito-ohjeeseen liittyvä	2	18,2
Annettua hoito-ohjetta ei noudatettu	2	
Hoidon järjestelyyn liittyvä	1	9
Ajanvaraus tekemättä/puutteellinen/virheellinen	1	
Yhteensä	11	100

6.1.3 Tapaturmiin tai onnettomuuksiin liittyvät ilmoitukset

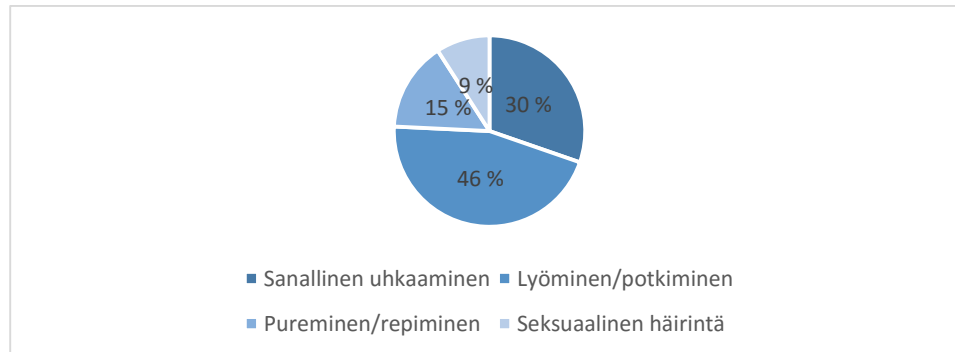
Tapaturmiin tai onnettomuuksiin liittyen ilmoituksia tehtiin 5,5 % kaikista ilmoituksista (n=7). Ilmoitukset jakautuivat kolmeen ryhmään (taulukko 4): kaatumisiin (n=5), putoamisiin (n=1) ja isku esineestä/törmäminen esineeseen (n=1).

TAULUKKO 4. Tapaturmiin tai onnettomuuksiin liittyvät ilmoitukset kohdeosastolla vuonna 2014

Tapaturmaan, onnettomuuksiin liittyvä	lkm	%
Kaatuminen	5	71,4
Putoaminen	1	14,3
Isku esineestä/törmäminen esineeseen	1	14,3
Yhteensä	7	100

6.1.4 Väkivaltaan liittyvät ilmoitukset

Väkivaltaan liittyviä ilmoituksia tehtiin vuoden aikana 10,2 % (n=13). Ilmoitukset ja-
kautuivat neljään ryhmään (kuva 12): sanallinen uhkaaminen 30,7 % (n=4), lyömi-
nen/potkiminen 46,2 % (n=6), pureminen/sylkeminen 15,4 % (n=2) ja seksuaalinen häi-
rintä 7,7 % (n=1).



KUVA 12. Väkivaltaan liittyneet ilmoitukset kohdeosastolla vuonna 2014

6.1.5 Yhteenveto kohdeosaston HaiPro-ilmoituksista

Kohdeosastolla haitta- ja vaaratapahtumailmoituksia tehtiin vähiten vuoden 2014 ai-
kana tammi-, helmi- ja syyskuussa. Ilmoituksista kävi ilmi, että ilmoituksia tehdään jo-
kaisena päivänä, eniten kuitenkin keskiviikkoisin.

Lääkehoidon osalta virheet ilmenevät anto-, jako- ja kirjaamisvirheinä. Jakovirheet tar-
koittavat yleisimmin väärän annoksen jakoa, antovirheet näkyvät tyypillisesti, että lääke
on annettu vääränä ajankohtana ja lääkkeen antamattomuutena. Kirjaamisvirheissä nä-
kyy lääkkeiden kirjaamattomuus.

Tiedon siirtymisessä virheitä oli raportoitu potilastiedon hallintaan liittyen, virheitä oli
ilmoitettu liittyvän potilastiedon hallintaan ja puutteelliseen tietoon. Suullisessa tiedon-
välityksessä oli raportoitu tiedon jääneen välittymättä ja tietoa oli välittynyt väärään
paikkaan. Potilaskohtaisia hoito-ohjeita ei ollut noudatettu ilmoituksien mukaan ja hoi-
don järjestelyssä oli ilmoitettu olevan virheitä puutteellisen tai väärän ajanvarauksen
vuoksi.

Tapaturmailmoituksissa haitta- ja vaaratapahtumia oli tapahtunut kaatumisina, putoamisina sekä iskuna/törmäyksenä esineeseen. Väkivaltatapauksissa noin puolet ilmoituksista liittyivät lyömiseen tai potkimiseen sekä kolmannes ilmoituksista koski sanallista uhkaamista.

Osastotunnilla ilmoituksista keskusteltiin kohdeosaston henkilökunnan kanssa. Keski- viikkojen kiireellisyys tunnustettiin, sillä ne ovat usein päiviä, jolloin kotiutuu paljon potilaita ja toisaalta uusia tulee osastolle. Lääkejaon virheiden kattaviin ilmoituksiin oltiin tyytyväisiä, sillä nyt on selvillä, mihin asioihin jatkossa tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota. Jakovirheiden minimoimiseksi muun muassa lääkkeenjako-tilan- netta on pyritty rauhoittamaan entistä enemmän. Tiedonsiirron osalta pohdittiin Efficajärjestelmän käyttöä ja siihen liittyviä riskejä ja hankaluuksia, joita se osaltaan aika ajoin tuottaa. Sovittiin, että tiedotetaan jatkossa enemmän tietohallintoa käyttöjärjestelmään liittyvissä ongelmissa, jotta ohjelmat saadaan toimimaan asianmukaisesti. Kaatumistapaturmiin haettiin moniammatillista näkökulmaa osastolla työskentelevän fysioterapeutin kautta, väkivaltatapauksien osalta pohdittiin entistä enemmän ”tägien” eli lisä- apukutsuvälineiden käytön tehostamista.

Ilmoituksien määrää voisi verrata muun muassa kohdeosaston hoitoisuuteen ja kuormitukseen, ovatko ilmoitukset verrannollisia siihen, sekä ilmoitusajankohtia voitaisiin verrata loma/sairaslomatilanteeseen, jolloin saataisiin kuva siitä, kuinka paljon sijaistilanne vaikuttaa ilmoituksiin. Vertaamalla näitä tilastotietoja keskenään saataisiin kuva oikeasti virheiden taustalla vaikuttavista tekijöistä ja niiden osuudesta ilmoituksiin.

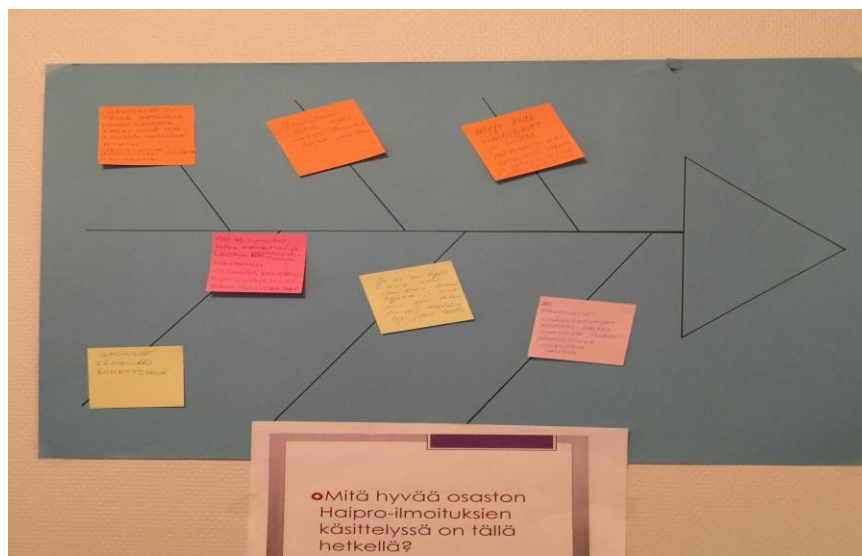
6.2 Kalanruotomenetelmän toteutus

Toimintamallin suunnittelun yhtenä tavoitteena oli kohdeosaston hoitohenkilökunnan osallistaminen ja mukaanotto toimintamallin suunnitteluun. Yksi osallistava menetelmä oli kalanruotomenetelmä, johon jokaisella oli mahdollisuus osallistua. Kalanruotomenetelmää alustettiin osastotunnilla ja henkilökuntaa kannustettiin kahden viikon aikana osallistumaan. Kalanruodot olivat esillä henkilökunnan kahvihuoneessa kahden viikon ajan marraskuussa 2015. Kahden viikon aikana osallistuminen ja innokkuus vastaamiseen olivat hyvin vähäistä, vaikka ruotojen yhteydessä oli kirjallinenkin ohje. Mentorin sekä ohjaavan opettajan keskustelujen perusteella päätin jatkaa ruotojen pitämistä vielä

viikolla, lisäksi osastonhoitaja kannusti henkilökuntaa osallistumaan aktiivisemmin. Tämä toi muutamia lisävastauksia aiempien lisäksi. Kaiken kaikkiaan vastausaktiivisuus jäi odotettua vähäisemmäksi. Kuvissa 13, 14 ja 15 on esitelty ruotojen avulla saadut tulokset.

6.2.1 Kalanruotokaavioiden tulokset

Ensimmäisessä kalanruotokuviossa kysymysasetteluna oli **mitä hyvää osaston HaiPro-ilmoitusten käsittelyssä on tällä hetkellä**



KUVA 13. Mitä hyvää osaston HaiPro-ilmoitusten käsittelyssä

Vastauksia kysymykseen post it -lapuilla tuli yhteensä seitsemän kappaletta:

”Mahdolliset lisäkysymykset koskien HaiPro-ilmoitusta tulevat sähköpostilla, joihin on helppo vastata.”

”Ilmoitukset käsitellään nimettöminä.”

”Jo se on hyvä asia, että ilmoituksia tehdään laajasti ja niistä aina oppii, vaikka ne vain käydään läpi jollain tasolla.”

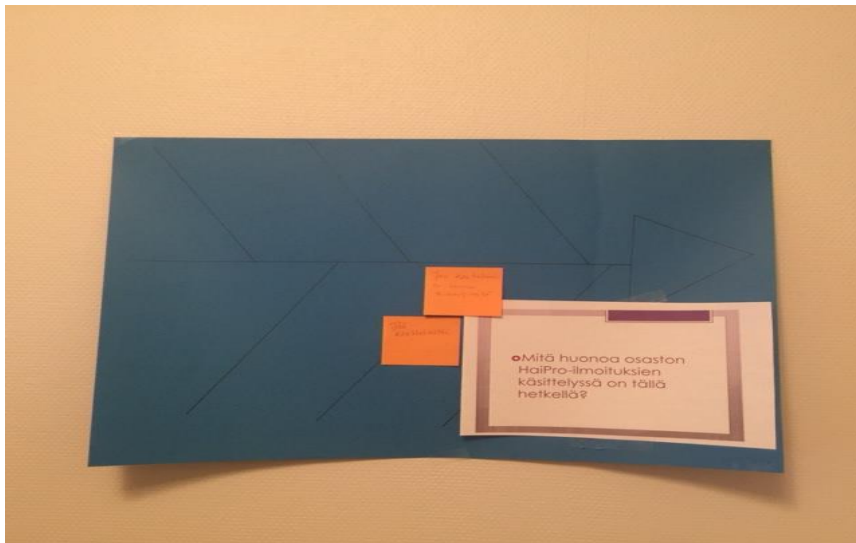
”Osastonhoitajalle ilmoitus, hän informoi ja laittaa HaiPro-ilmoituksia luettavaksi → herää kehittämisajatuksia ja muutetaan tarvittaessa toimintaa.”

”Uskalletaan tehdä myös omasta toiminnasta HaiPro-ilmoituksia.”

”Helppo tehdä ilmoitukset ja laittaa miettimään, miten asian voisi ehkäistä ja yhdessä miettiä parannuskeinoja.”

”Ilmoitukset on tällä hetkellä omassa kansiossa. Kaikki voivat itsenäisesti tutustua niihin. Osastotunneilla informoidaan tulleista ilmoituksista.”

Toisessa kalanruodossa kysymys oli **mitä huonoa osaston HaiPro-ilmoitusten käsittelyssä on tällä hetkellä.**



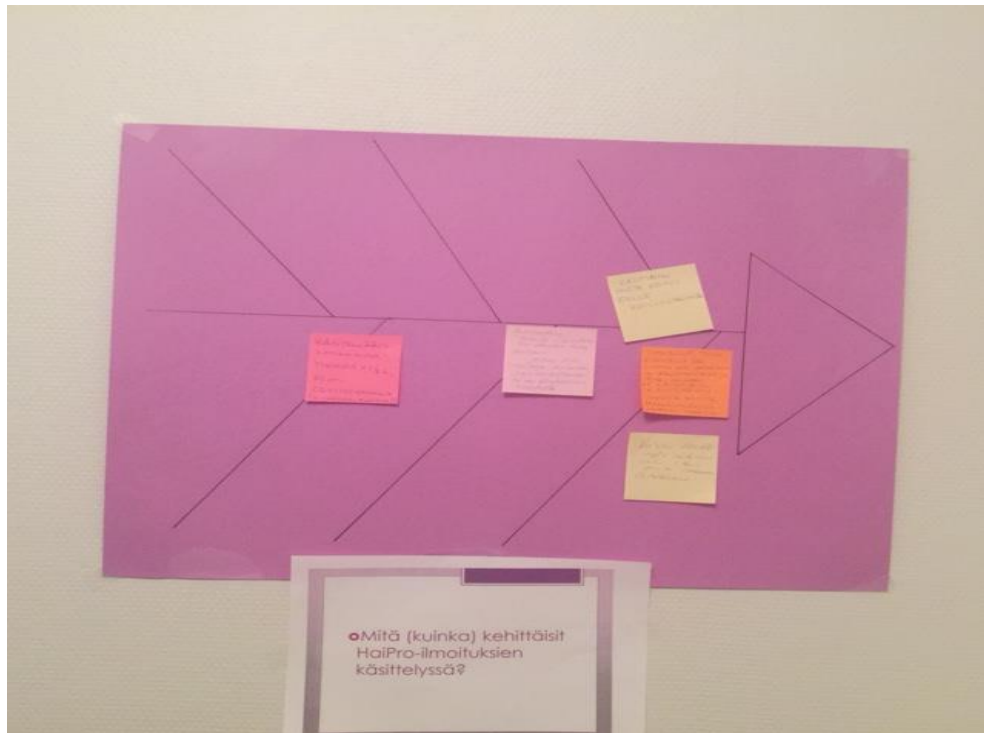
KUVA 14. Mitä huonoa osaston HaiPro ilmoitusten käsittelyssä

Vastauksia kysymykseen postit-lapuilla tuli yhteensä kaksi kappaletta:

”Jos käsitellään, ei seuraa toimenpiteitä.”

”Jää käsittelemättä.”

Kolmas kysymys oli **mitä (kuinka) kehittäisit HaiPro-ilmoitusten käsittelyssä**



KUVA 15. Mitä kehittäisit HaiPro-ilmoitusten käsittelyssä

Kehittämisideoita vastattiin viisi kappaletta:

*”Voisiko käsitellä myös hoitoprosesseihin liittyviä asioita rohkeammin?
→ hoitoketjuja?”*

”Ilmoitukset tulisi ryhmitellä eri osioihin esim. tapaturmat ja lääkepoikkeamat jne.. Tämän jälkeen ne käsiteltäisiin ja mietittäisiin yhdessä asioita, parannuskeinoja, virheiden ehkäisyä.”

”Käsittelyn myötä nousisi esiin koulutustarpeita.”

”Konkreettisia, toimivia riskinhallintaneuvoja tule harvoin... joskus sain neuvoja ihmiseltä, joka ei selvästi tee käytännön hoitotyötä.”

”Käsitellään ilmoituksia konkreettisesti yhdessä x1/kk esimerkiksi osastotunneilla, osaston lääkärit mukana!!”

6.2.2 Yhteenveto kalanruotokaavioista

Ilmoitusten tekeminen koettiin helpoksi, ja anonymius koettiin hyväksi. Ilmoitusten tekemisestä ja niiden käsittelystä opitaan ja oli hyvä, että ilmoitukset oli koottu

kaikille luettavaksi. Positiivista oli myös se, että omista virheistä uskalletaan ja tehdään haitta- ja vaaratapahtumailmoituksia. Vastaukset eivät kuitenkaan vastanneet suoranaisesti kysymykseen, vaan käsittelivät ilmoituksien tekemistä.

Kuten edellä mainittu, osaston ”ongelmaksi” oli kehkeytynyt se, että ilmoituksia haitta- ja vaaratapahtumista tehdään paljon ja siihen on motivoituttu, mutta kuitenkin ilmoituksia ei juurikaan käsitellä yhdessä. Yhdessä käsittely oli jäänyt ajanpuutteen vuoksi, ja toisaalta tarve yhdessä käsittelyyn nousi nyt, kun havaittiin, että samankaltaisia ilmoituksia toistuu useasti eri ilmoituskategorioissa. Tapahtumien syntyminen ja juurisyyt haluttiin selvittää ja sitä kautta estää tapahtumien uusiutuminen.

Parannuksia ilmoituksien myötä oli jo tehty sekä organisaation, että kohdeosaston tasolla ja moneen ongelmakohtaan on kiinnitetty huomiota aiempaa enemmän muun muassa lääkehoitoon liittyen. Toive kuitenkin olisi näiden kahden vastauksen perusteella se, että ilmoituksia käytäisiin enemmän yhdessä läpi ja niistä keskusteltaisiin esimerkiksi osastotunneilla eikä pelkästään niin, että ne jäävät oman lukemisen varaan kansiosta.

Vastauksien mukaan toivottiin, että ilmoituksia käytäisiin enemmän yhdessä läpi ja että niille olisi esimerkiksi kerran kuussa varattu oma aika esimerkiksi osastotunnilla, jolloin mietittäisiin ratkaisuja yhdessä. Toiveena olisi, että myös osaston lääkärit osallistuisivat. Aitoa moniammatillista keskustelua voitaisiin saada aikaan esimerkiksi uudenvuodenlaisen menetelmän käytöllä, kuten aivoriihimenetelmää hyödyntäen. Toiveena oli myös, että saadut neuvot ja palaute ilmoituksista olisivat käytännönläheisiä ja toimivia arjessa, koska nyt palaute on lähes olematonta ilmoituksien käsittelemättömyyden vuoksi. Neuvojen toivottiin tulevan sellaiselta taholta, jolla on käytännön kokemusta hoitotyöstä, eli tietää mistä puhuu. Neuvojen toivottiin olevan konkreettisia ja toimivia arjessa. Post it -lapulla tuotiin ilmi toive myös koulutustarpeesta, joita voitaisiin perustella tulleilla ilmoituksilla eli koulutukselle löytyisi peruste HaiPro-ilmoituksista.

Kalanruotokaavioiden tulokset on kategorisoitu ja pelkistetty sisällönanalyysin avulla tarkemmin liitteessä 3.

6.3 Tuplatiimimenetelmän toteutus

Tuplatiimimenetelmä toteutettiin viiden hoitajan osallistuessa niin, että yhdessä ryhmässä oli kolme ja toinen tiimi toimi pareittain. Aihetta pohjustettiin kertomalla, että ajatuksia tullaan käyttämään opinnäytetyössä, kerrottiin tulevasta toimintamallista sekä itse tuplatiimin toimintaideasta. Kävimme kolme kolmivaiheista kierrosta läpi, ja jokaisen kierroksen aikana keskustelu oli vilkasta.

6.3.1 Tuplatiimimenetelmän tulokset

Ensimmäinen kysymys oli **mitä hyvää HaiPro-ilmoitusten tekemisessä on**. Jokainen kirjasi ensin itsekseen viisi ajatusta aiheesta, minkä jälkeen pareittain tai ryhmässä valittiin viisi hyvää ehdotusta erilliselle paperille. Viisi ehdotusta luettiin läpi ja tuotiin pöydälle, josta jokainen äänestämällä valitsi parhaimman ehdotuksen. Viisi vastausta olivat:

”Helppo tehdä, selkeä systeemi.”

”Johtaa konkreettiseen potilasturvallisuuden parantamiseen.”

”Asiat tulevat näkyviin, riskit esiin → läpinäkyvyys.”

”Ei tuudittauduta näennäiseen turvallisuuden tunteeseen.”

”Parhaimmillaan johtaa hyvään tiimityöhön →yhteen hiileen puhaltaminen.”

Eniten pisteitä sai kohta kaksi. Kaikki viisi vaihtoehtoa herätti keskustelua ja vastaukset sekä kannanotot olivat varsin yksimielisiä, että ilmoitusten tekeminen on kannattavaa ja hyödyt nähtävillä arjessa. Parhaimpana ja konkreettisimpana koettiin, että HaiPron myötä potilasturvallisuutta on saatu näkyvämmäksi ja sitä kautta paremmaksi.

Toinen kysymys oli **mitä huonoa HaiPro-ilmoitusten tekemisessä**.

Tässä kohdassa myös aineisto saatiin aikaan tuplatiimin menetelmän ja syklien mukaisesti viisi vaihtoehtoa äänestettäväksi. Viisi parasta vastausta olivat:

”Pelko, ettei johda mihinkään.”

”Käytäntö/todellisuus ei kohtaa parannusehdotuksien kanssa.”

”Kaikki eivät koe yhtä tärkeäksi.”

”Johtaako konkreettisiin muutoksiin/asioihin?”

”Kiire/aikapula → ilmoitusten täyttäminen jää, vaatii keskittymistä.”

Eniten pisteitä sai kohta neljä, johtavatko ilmoitukset konkretiaan. Myös kiireestä ja ilmoitusten tekemisestä keskusteltiin jälkeinpäin. Kohdat, jotka eivät saaneet ääniä mutta niistä keskusteltiin, käsittelivät esimerkiksi lomakkeen täyttämisen vaikeutta. Toivottiin, että lomake itsessään olisi yksinkertaisempi täyttää.

Kolmas kysymys, **mitä kehittäisit ilmoitusten tekemisessä**, käytiin myös tuplatiimimenetelmällä ja lopuksi keskusteltiin aiheesta vielä yhdessä. Viisi parasta kehittämis ehdotusta olivat:

”Työilmapiiri sellainen, että kannustaa ja motivoi tekemään ilmoituksia.”

”Konkreettisuus → epäkohtiin puuttuminen ilmoitusten pohjalta esille tulleisiin ongelmiin.”

”Tehokas käsittely, parannusehdotukset hoitokäytäntöihin selkeitä.”

”Asian ylläpitäminen, pidetään ilmapiiri rohkaisevana ja luottamuksellisenä.”

”Yksinkertaisempi ja helppotäyttöisempi lomake.”

6.3.2 Yhteenveto tuplatiimimenetelmästä

Tuplatiimiin osallistuneet kokivat, että on tärkeää ylläpitää tapaa tehdä ilmoituksia havaituista tilanteista ja kannustetaan kollegiaalisesti kaikkia ilmoitusten tekoon. Esitettiin toivomus, että muutkin ammattiryhmät tekisivät aktiivisemmin ilmoituksia kuin vain hoitajat. Toiveena oli myös, että asioita ja tapahtumia käsiteltäisiin enemmän yhdessä esimerkiksi osastotunneilla, jolloin kaikilla osallistujilla olisi mahdollisuus suunnitella ja ideoida parannusehdotuksia tapahtumien uusiutumisen estämiseksi ja oppimiseksi. Tuplatiimimenetelmien aineisto on kategorisoitu taulukkomuotoon sisällytettynä analyysimenetelmän ajatuksella (liite 4).

Tuplatiimissä käydyissä keskusteluissa osallistujat pohtivat myös sitä, että tehtyjen ilmoitusten tulisi palvella enemmän hoitotyötä, eli ilmoitukset palvelisivat aiempaa enemmän ja konkreettisemmin. Vielä säännöllisemmällä käsittelyllä, kuin tällä hetkellä uskottiin olevan vaikutuksia asenteisiin ja, kun selkeästi nähtäisiin, että ne johtavat konkretiaan, ilmoitusten tekeminen koettaisiin merkityksellisemmäksi.

Keskusteluissa osallistujat miettivät myös sitä, miksi sairaanhoitajat olivat suurin ilmoittajaryhmä ja sen uskottiin johtuvan siitä, että hoitajat ovat useimmiten läsnä, kun tilanteita tapahtuu ja toisaalta HaiPro ohjelmana ei ole ehkä niin tuttu lääkäreille tai muulle henkilökunnalle. Ilmoitusaktiivisuuden lisäämistä osallistujien mukaan nostaisi, kun kannustettaisiin muitakin ammattiryhmiä tutustumaan ohjelmaan ja käyttämään sitä enemmän hyödyksi sekä konkreettisesti kertomalla, millaisissa tilanteissa ilmoituksia voisi tehdä.

Tuplatiimimenetelmän osallistujat toivat esille saman idean, jota kohdeosaston esimieskin toivoi, eli ilmoitusten käsittelijälle olisi myös olemassa konkreettisia ohjeita. Käsittelijän ohje olisi eräänlainen ”tsekkauslista”, joka toimisi ohjeena ja konkreettisena apuvälineenä ilmoituksia käsiteltäessä.

7 TOIMINTAMALLIN LUOMINEN

7.1 Toimintamalli HaiPro-ilmoitusten käsittelyyn

Toimintamallin sisältö rakentuu kolmesta eri aineistosta eli kohdeosastolla vuonna 2014 tehdyistä HaiPro-ilmoituksista sekä henkilöstöä osallistavista menetelmistä eli kalanruotokaaviosta ja tuplatiimimenetelmistä. Ensimmäisessä aineistossa ilmoituksia (n=128) haitta- ja vaaratapahtumista oli tehnyt kohdeosaston hoitohenkilökunta. Kalanruotokaavion vastaukset (n=14) sekä tuplatiimin aineisto (n=15) analysoitiin ja kategorisoitiin sisällönanalyysimetodilla. Näiden aineistojen pohjalta nähtiin, että toimintamalli ilmoitusten käsittelyä varten tulee tarpeeseen. Toimintamalli löytyy liitteestä 5.

Toimintamallia suunniteltaessa pohdin, mitä kaikkea sen tulee pitää sisällään. Pääpiirteitä kokosin ajatuskarttaan. Ajatuskartan aineistossa hyödynsin kalanruotokaaviosta

sekä tuplatiimeistä saatuja ajatuksia. Toimintamallista halusin selkeän, joten päätin yhdistellä kuvioita sekä tekstiä niin, että, toimintamalli voisi olla esimerkiksi huoneentauluna esillä. Tarkoituksena on ohjata ajattelemaan, kuinka tapahtuneesta otetaan opiksi ja estetään tapahtumien uusiutuminen. Toimintamallin ajatuksena on kuinka sen avulla voidaan saavuttaa potilasturvallisempaa hoitoa. Tämä toimintamalli on luotu käytettäväksi hoitotyöhön, jossa sen tarkoituksena on muokkautua omanlaiseksi käytännön mukaan. Toimintamallia voidaan parantaa tai muokata kokemusten perusteella.

Toimintamalli muodostui pääosin sisällönanalyysin kategorioiden mukaan, joita ajatuskartan avulla mallinsin itselleni. Toimintamallin muodostamiseen ovat päässeet vaikuttamaan kohdeosaston henkilökunta osallistavien menetelmien kautta. Toimintamallin pääotsikot kuvaavat ilmoitusprosessin johdonmukaista etenemistä, jotta haitta- ja vaaratapahtumien syntyminen voitaisiin estää. Sen vuoksi kuva etenee nuolen avulla ikään kuin vaiheesta toiseen. Sivulla olevaan laatikkoon kokosin sisällönanalyseissa esiin nousseita ideoita ja toiveita. Laatikoissa ilmaistut asiat olisi hyvä toteuttaa, jotta asiaa voidaan viedä eteenpäin.

Toimintamallin pilotointi käytännössä jäi toteutumatta opinnäytetyön prosessin aikana ajankäytöllisistä syistä. Toimintatutkimuksen metodia noudattaen toimintamalli tulisi kuitenkin arvioida ja olin suunnitellut ennakkoon jo kuinka se tapahtuisi, eli toimintamallin arviointikeskusteluun pyydetäisiin osallistumaan mentorit, osaston lääkärit, osastonhoitaja sekä hoitohenkilökunnan edustaja ja tarkoituksena olisi arvioida toimintamallin käytettävyyttä todellisuudessa. Pohdittaisiin yhdessä, onko sillä saatu aikaan konkreettisia toiminnan muutoksia ja onko siinä jotain muokattavaa.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin potilasturvallisuusstrategian (ISSHP 2014, 4) mukaisesti organisaation turvallisuusjohtaminen perustuu riskienhallintapolitiikkaan, jossa korostuu toimintamalleista sopiminen, toiminnan suunnitelmallisuus, sujuvuus, tiedon hankinta ja käsittely sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Jokainen työntekijä vastaa oman toimintansa turvallisuudesta, huolehtii osaltaan potilaiden hyvästä kohtelusta sekä tietosuojasta potilasasioiden käsittelyssä. (ISSHP 2014, 7.) Toimintamallin arvioimisessa voitaisiin hyödyntää myös organisaation potilasturvallisuustyöryhmää, joka valmistelee organisaation potilasturvallisuussuunnitelman vuosittain.

7.2 Toimintaohje HaiPro-ilmoitusten käsittelijälle

Kohdeosaston esimiehellä oli jo käsitys ilmoituksen teosta sekä sen käsittelystä teknisesti. Toimintamallilla haetaan syvyyttä ilmoituksien käsittelyyn. Lisäksi halutaan korostaa, että ilmoituksien käsittely ei ole yksin esimiehen tehtävä vaan siihen osallistetaan henkilöstö mukaan, jolloin myös kehittämistoimenpiteitä on helppo miettiä yhdessä. Ilmoituksien käsittelyä varten kokosin ohjeistusta käsittelijää varten edellä mainituista kolmesta aineistosta (liite 6).

Esimiehelle suunnattu toimintaohje syntyi ikään kuin ”sivutuotteena”, koska materiaalia syntyi paljon kalanruotokaavioissa ja tuplatiimimenetelmissä ja sitä pystyi hyödyntämään myös tähän tarkoitukseen. Toisaalta toimintaohjetta toivottiin jo prosessin alussa ja sen kehittäminen ja tarve sille vahvistuivat tuplatiimimenetelmän keskustelujen yhteydessä.

Käsittelijän tai esimiehen ohje sisältää konkreettisia ohjeita, kuinka saada henkilöstö sitoutumaan ja innostumaan potilasturvallisuuden parantamisesta HaiPro-ilmoitusten avulla. Ohjeessa kannustetaan muun muassa käymään läpi ilmoituksia säännöllisesti kerran kuussa ja käsittelemään ne saman tien, kun niitä tulee, jolloin ne eivät jää roikkumaan tai huomioimatta.

Motivointi ja muistuttaminen HaiPron käytöstä sekä avoin ilmapiiri edistävät HaiPro-ohjelman käyttöä esimiehen työvälineenä. Keskustelu ilmoituksien teon tärkeydestä ja syyllistämättömyydestä koettiin tärkeäksi motivointikeinoksi. Syyllistämättömyyttä parantaa juuri avoin ja luottamuksellinen keskustelu tapahtuneesta. Käsittelijän ohjeen tarkoituksena on siis ohjata ilmoituksien käsittelijän toimintaa, mitä tulee ottaa huomioon ja mitä käsittelijältä odotetaan. Toiveet tulivat esille kohdeosaston henkilökunnalta. Käsittelijän toimiessa ohjeen mukaan tavoitteena on, että potilasturvallisuuden kehittämisestä muodostuisi jatkuva prosessi, jota kehittämässä olisivat kaikki yhdessä ja josta otetaan opiksi koko organisaatiossa.

Yhdessä sovittujen uusien käytänteiden sujuvuutta ja toteutumista tulee arvioida säännöllisesti, joten asioihin tulee palata aika ajoin uudelleen ja miettiä, onko parannuksia

tapahtunut ja jos ei, kuinka vielä toimintaa voidaan muuttaa, jotta asetettuihin tavoitteisiin päästäisiin. Myös potilailta itseltään voidaan kysyä potilasturvallisuudesta ja sen toteutumisesta ja markkinoida heille mahdollisuudesta ilmoittaa itse havaitsemistaan haitta- ja vaaratapahtumista, joita voi esimerkiksi tehdä potilasasiamiehen kautta tai organisaation kotisivuilla. Kohdeorganisaatiossa on laadittu potilaille suunnattu potilasturvallisuusesite, jota voitaisiin jakaa myös aiempaa aktiivisemmin, jolloin tietoisuus aiheesta lisääntyisi.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Opinnäytetyön tulosten pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli keskittyä potilasturvallisuuden kehittämiseen. Tavoitteena oli kehittää uusi tapa toimia vaaratapahtumailmoituksien käsittelemiseksi, jota varten on laadittu toimintamalli, joka ohjaa ilmoituksien käsittelyä. Samalla koottiin ohjeistus ilmoituksien käsittelijää varten. Päällimmäinen idea oli, että jo tapahtuneista haitta- ja vaaratapahtumista otetaan opiksi, jotta uusia tai samankaltaisia tilanteita ei pääsisi tapahtumaan.

HaiPro-järjestelmä on ollut jo jonkin aikaa käytössä kohdeorganisaatiossa. Organisaation sisällä on paljon erilaisia tapoja käsitellä ilmoituksia, minkä huomasi opinnäytetyön prosessin aikana muun muassa siinä, kun kohdeosastolla vaihtui esimies. Mielestäni selkeä ja yhdenmukainen malli ilmoituksien käsittelyä varten helpottaisi esimiehen työtä ja sitä kautta myös hoitohenkilökunta oppisi tunnistamaan potilasturvallisuutta heikentäviä riskejä. Ilmoituksien perusteella voitaisiin myös suunnitella koulutustarpeita koko organisaation tasolla.

Keskustelimme osastotunnilla vuoden 2014 HaiPro-ilmoituksien tuloksista niin, että kerroin, mitä olin saanut tulokseksi ja kysyin, mitä mieltä henkilökunta oli tuloksista. Yllättävää ei ollut se, että haitta- ja vaaratilanteita tapahtui eniten lääkehoidon saralla, mutta moni pohti sitä, että kaatumistapaturmia sattuu varmasti enemmän, kuin mitä oli ilmoitettu. Pohdimme myös syitä, miksi ilmoituksien tekeminen jää, vaikka tiedetään, että tilanteita tapahtuu. Esille nousi lähinnä kiire, ettei tilanteita aina ennätä kirjata saman tien, jolloin ne unohtuvat ja jäävät raportoimatta. Mietimme myös yhteyttä siihen,

miksi keskiviikkoisin ilmoituksia oli tullut eniten ja monen mielestä keskiviikot ovatkin hektisiä päiviä, kun moni kotiutuu juuri keskiviikkona. Nämä ajatukset eivät kuitenkaan ole millä tavalla tutkitusti todistettua, vaan enemmänkin käytännön kautta saadun tunnetun mukaista. Jatkotutkimuksena voisi olla hoitoisuustilastojen, kotiutumistilastojen ja lomatilastojen vertaaminen tehtyihin HaiPro-ilmoituksiin, jolloin ilmoituksien taustalla vaikuttaviin juurisyihin pääsisi syvällisemmin kiinni.

Potilasturvallisuustyöryhmässä toimivan mentorini mukaan kohdeorganisaatiossa on tehty toiminnan muutoksia juuri HaiPro-ilmoituksiin pohjautuen. Haastateltuani häntä sain selville, että esimerkiksi lääkehoitoon liittyvissä poikkeamissa HaiPro-ilmoituksissa nousi esiin tarve lisäkoulutukselle, jota järjestettiin yhdessä Medi-It:n kanssa. Myös osastoille jalkauduttiin neuvomaan LääkeL- ja LääkeO-osioiden käyttöä. Näin osaamistasoa parannettiin ja poikkeamailmoituksia saatiin tältä osin vähennettyä. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen on myös Love-näytöissä. Lääkehoidon osalta vaaratapahtumailmoituksista lähtöisin organisaatiossa on saatu lisättyä osastofarmaseuttien määrää ja heidän roolinsa lääkehoidon osaamisen ylläpidossa on merkittävä. Moniammatillinen lääkehoidon arviointi on organisaatiossa esimerkillistä (Tiainen 2016).

Haastattelussa mentorini kertoi myös, että kaatumistapaturmien ehkäisyyn on kiinnitetty huomiota juuri HaiPro-ilmoituksien pohjalta. Kohdeorganisaatiossa on käynnistetty työryhmätoiminta, jonka tarkoituksena on lisätä tietoisuutta ja tehdä moniammatillista kehittämistyötä tällä saralla. Tiedonkulkuun on myös panostettu etenkin liittyen kotiutustilanteeseen: kotiutustilanteen tsekkauslista on käytössä ja on luotu kotiutushoitajakäytäntöä (Tiainen 2016).

Toimintamallissa esitetään, että osastojen esimiehet käsittelevät ilmoitukset henkilöstön kanssa kerran kuukaudessa, kuten myös Itä-Savon sairaanhoitopiirin potilasturvallisuusstrategiassa mainitaan. Myös kohdeosaston henkilökunta toi esille toiveen, että ilmoituksia käsiteltäisiin säännöllisemmin yhdessä ja kehittämistarpeita mietittäisiin enemmän yhdessä.

Toimintamallissa esitetään myös, että ilmoituksien käsittely tapahtuu syyllyttämättä. Ydin ilmoituksien käsittelyssä onkin juuri syyllyttämättömyys, avoin ilmapiiri sekä aito

kehittäminen havaittujen virheiden ja läheltä piti -tilanteiden pohjalta. Virheitä tapahtuu, mutta jo tiedossa oleviin epäkohtiin on syytä puuttua saman tien. Avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri tukee myös virheistä oppimista.

Esimerkiksi lääkehoidossa tapahtuvien haittatapahtumien vähentäminen ja ehkäisy vaatii moniammatillista yhteistyötä niin lääkäreiden, hoitajien kuin farmaseuttienkin välillä. Olennaista potilaan hoidon kannalta on myös yhteistyö potilaan omaisten kanssa. Haittatapahtumia voidaan vähentää myös enemmän tietotekniikkaa hyödyntämällä, lääkkeiden vaikutuksia opettelemalla, lääkkeiden tarkastamisella (kaksoistarkastus), hoitohenkilökunnan ajan tasalla olevilla lääkelaskutaidoilla sekä selvillä ohjeistuksilla. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 85.) Toimintamallissa on otettu kantaa myös moniammatillisuuden säilyttämisen ja lisäämisen puolesta, koska siitä on merkittäviä hyötyjä myös potilasturvallisuuden parantamisen kannalta. Moniammatillisuutta ei tarvitse kuitenkaan aina tavoitella, jos työkäytännöt ovat jo toimivia, mutta työntekijöiden ymmärryksen lisäämiseksi erityisesti hoitoprosessien koordinoitua tulisi kehittää moniammatillisempaan suuntaan. (Collin ym. 2012, 31.)

Vaaratapahtumien säännöllinen käsittely yhdessä säännöllisesti ja kehittämiseksi pohtiminen on koettu edistävän potilasturvallisuutta. Vaaratapahtumista saatu palaute koetaan merkittäväksi. Nämä asiat nousivat esiin muun muassa tuplatiimin yhteydessä. Vaaratapahtumailmoituksista saadun hyödyn edellytyksenä ovat yhdessä kehitetty toiminta sekä aikaansaadut muutokset ja parannukset. Kaikkien osaaminen ja näkökulmat ovat tärkeitä. Kun muutoksia ja parannuksia on aikaansaatua, voidaan seurata niiden seurauksia. (Ruuhilehto 2008, 6.)

Toimintamallissa haluttiin tuoda esille myös, että tehdyistä kehittämistoimista tiedotetaan tarpeeksi henkilöstöä. Kehittämistoimista voidaan tiedottaa nykyisen osastotuntikansion lisäksi sähköpostitse ja ilmoitustaulun kautta. Myös suullinen tiedottaminen koettiin tärkeäksi. Suullinen tiedottaminen ja keskustelu tulisi olla dialogista, eli kunnioittavaa, tasa-arvoista ja vastavuoroista. Molemmat osapuolet tulisivat kuulluiksi, keskustelu olisi avointa ja molemmat osapuolet myös kuuntelisivat, mitä toisella on sanottavaa. Keskustelut ja ajatuksenvaihto voivat toimia hyvinä alkuina uusille ideoille ja ajatuksille, joten myös eriäviä mielipiteitä tulee sallia.

Sairaanhoitajalehdessä Hurrin (2016, 13) haastattelema Nina Hahtela toteaa, että kun työpaikoilla on hyvä toimintakulttuuri, tapahtuu potilaille vähemmän haittatapahtumia ja komplikaatioita. Hahtelan väitöskirjan mukaan on tärkeää, että esimies kokee myös osaltaan työpaikkakulttuurin johtamisen omaksi vastuualueekseen. Päätöksenteon tukena voidaan käyttää tunnuslukuja (muun muassa hoitoisuusluvut, lomahuiput, sairauslomahuiput), jotka kertovat, mitä työyksikössä tapahtuu. Tärkeimpiä tunnuslukuja potilaan kannalta ovat HaiProt, hoitoajat, haittatapahtumat sekä komplikaatiot. Tulevaisuudessa tunnusluvuilla voi olla suurempikin merkitys, sillä ne voivat toimia kilpailutekijöinä, joiden mukaan hoitopaikkoja tullaan valitsemaan.

Toimintamallin mukaisesti sovittuja asioita voitaisiin seurata jatkossa, kunhan toimintamalli jalkautuu osaksi arkea muun muassa arvioimalla tietyn ajan kuluttua, onko sen avulla saavutettu asetettuja tavoitteita. Konkreettissa se tarkoittaisi toimitaanko toimintamallin mukaisesti ja onko se ollut käytännöllinen.

Toimintamallin toiseksi osaksi kehittyi prosessin edetessä myös ohjeistus HaiPro-ilmoitusten käsittelijälle; tässä se on tarkoitettu kohdeosaston esimiehelle, mutta on varmasti käyttökelpoinen kenelle tahansa. Ohjeeseen on koottu hyviä ideoita sekä ajatuksia lähinnä ohjaamaan toimintaa. Ajatuksena on, että ohje toimisi esimerkiksi huoneentauluna tai eräänlaisena muistilappuna käsittelijälle, ja siitä olisi helppo palauttaa mieleen yhdessä sovittuja asioita. Ohjeet ovat nousseet hyvin pitkälti kohdeosaston henkilökunnalta sekä kalanruotomenetelmän että tuplatiimin kautta sekä myös vuoden 2014 HaiPro-ilmoitusten kehittämisehdotuksista.

Ohjeessa on nostettu esiin, että osaamisalueiden vastuuhoidajia osallistettaisiin enemmän jatkossa esimerkiksi tietyn potilasryhmän hoidon kehittämiseen ja parantamiseen, jossa on havaittu haittatapahtumia tapahtuvan. Perusosaamista on vahvistettava, ja vastuuhoidajien erikoisosaamista olisi hyvä hyödyntää enemmän myös potilasturvallisuuden suhteen.

Haittatapahtumailmoitusten käsittelyyn tulee saada mukaan myös osastolla työskentelevät lääkärit. Lääkärien informointi on osastonhoitajan vastuulla, sillä jokaiseen rapor-

toivaan yksikköön on nimetty ilmoituksien käsittelijä, joka tavallisimmin on osastonhoitaja, jonka työparina työskentelee osastonlääkäri. Molemmat saavat tapahtuneista vaaratapahtumista ilmoituksen sähköpostiinsa. (Ruuhilehto ym. 2011, 1033–1040.)

8.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Aihevalinta nousi omien kokemuksieni kautta, koska olen itsekin työssäni tehnyt HaiPro-ilmoituksia ja ollut mukana niiden käsittelyssä. Koin, että ilmoituksia ei kuitenkaan hyödynnetä tarpeeksi siinä laajuudessa, kuin olisi mahdollista. Aiheen ajankohtaisuus on todentunut prosessin aikana, sillä aihetta on tutkittu jo varsin paljon. Ruuhilehdon (2011, 1034) mukaan Suomessa ei kuitenkaan ole tehty laajaa selvitystä potilasturvallisuuden vaaratapahtumista. Olen samaa mieltä, sillä tietokannat, joihin ilmoitukset on arkistoitu, tarjoaisivat mahdollisuuksia tutkimiseen. Esimerkiksi tutkimiskohteeksi sopisi, kuinka raportointijärjestelmää käytetään potilasturvallisuuden kehittämisessä hyödyksi. Olin vaikuttunut myös siitä, kuinka haitta- ja vaaratapahtumailmoituksien oikeanlaisella hyödyntämisellä on mahdollisuus aikaansaada säästöjä.

Opinnäytetyön prosessissa toimintatutkimus metodina oli uusi, mutta halusin toteuttaa kehittämistyöni rohkeasti sen prosessia mukaillen. Mielestäni kehittämistyön runko toteutuikin toimintatutkimuksen syklien mukaisesti, kuten oli suunniteltu, ainoastaan toimintamallin käyttöönotto ja arvioiminen jäivät tämän työn ulkopuolelle aikataulullisista syistä. Tiedonkeruun taidot karttuivat entisestään ja lähdekriittisyyttä sai myös opetella. Koska aiheesta on paljon jo tutkimuksia, tulin siihen tulokseen, että en itse varsinaisesti kehittänyt mitään uutta, vaan tutkimustulokseni mukailevat hyvin paljon jo aiemmin julkaistuja tutkimuksia (ks. esimerkiksi Avelin & Lepola 2008, Kuisma 2011). Jatkoa ajatellen aiempiin tutkimuksiin olisi voinut perehtyä paremmin ja miettiä sieltä omalle tutkimukselle uutta näkökulmaa. Toisaalta olen mielissäni, jos kohdeosasto saa hyötyä toimintamallista sekä käsittelijän ohjeesta.

Toimintamallin osallistavista metodeista kalanruotokaavio oli aikaisemmin tuttu ylemmän amk:n opiskeluista, mutta sen toteutuminen käytännössä ei sujunut oletetusti. Toisaalta tuplatiimin vetäminen oli mielenkiintoista ja sitä kautta aikaansaadut keskustelut olivat hyviä ja tuottoisia. Myös yhden vuoden ilmoituksien analysointi avasi omia silmiä sille, kuinka tapahtumien systemaattinen analysointi tuottaa faktatietoa haitta- ja

vaaratapahtumista todellisuudessa. Molempien osallistavien metodien käyttäminen ja toteuttaminen antoi merkittävää kokemusta kehittämistyön kannalta.

Kehittämistyön prosessi opetti myös esimiestyössäkin hyödyllisiä projektinjohtamisen taitoja. Olisin voinut kommunikoida projektin aikana vielä enemmän sekä henkilökunnan että mentoreiden kanssa; mielestäni onnistuin kirjallisessa tiedottamisessa paremmin. Jatkossa suullisen tiedottamisen taitoja tulee minun vielä parantaa. Saavutin prosessin mukaiset toimintatutkimuksen syklit aikataulullisesti kohtalaisen hyvin, tosin aikataulujen sovittelua se vaati muun opiskelun ja työssäkäynnin ohella.

Kehittämistyön aikana kohdeosastolla vaihtui osastonhoitaja, jolla oli omanlaiset tavat käydä läpi HaiPro-ilmoituksia. Hänelle yllättävää oli, kuinka paljon uudella osastolla ilmoituksia tehdään. Sain kuitenkin häneltäkin kannustusta jatkaa toimintamallin luomista.

Väestön ikääntyessä nopeaa tahtia on muutokseen hyvä varautua jo nyt. Ennakoimalla tulevaisuutta muutosjohtaminen nousee merkitseväksi tekijäksi, sillä muutokseen voidaan varautua hyvällä johtamisella. Kuten tiedetään, ikääntyminen altistaa entistä enemmän haitta- ja vaaratapahtumille, joten olisi hyvä, että näitä tilanteita osattaisiin ennakoida jo nyt, etteivät samat virheet toistuisi vuodesta toiseen. Tiedolla johtamisen avulla voidaan muuttaa toimintatapoja varmasti, koska faktoja, näyttöä ja tulevaisuustietoutta meillä on jo nyt aiheesta. Osaamisen johtamista on myös hyvä korostaa, sillä meillä on hyvät mahdollisuudet innovatiivisuuteen, kun mietitään uudenlaisia hoitotyön menetelmiä. Muutosjohtamisessa tärkeää on myös hyvä ja oikeudenmukainen henkilöstöjohtaminen niin, että se on kannustavaa ja motivoivaa. Kehittämistyön aikana havaitsin, että osallistavalla toiminnalla saadaan paljon aikaiseksi yhdessä.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella seuraavien tekijöiden näkökulmasta: vahvistettavuus, arvioitavuus/dokumentaatio, tulkinnan ristiriidattomuus, luotettavuus ja saturaatio. Yksinkertaisin tulkinnan todentamistapa on luetuttaa aineisto ja sen tulkinta henkilöillä, jotka ovat sen antaneet. Tutkimukseen osallistuneet lukevat

tekstin ja vahvistavat tutkijan tulkinnat ja tutkimustulokset, jolloin voidaan todeta tutkimuksen olevan luotettava. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa myös niin, että tietoa kerätään eri aineistoista ja niitä verrataan omaan tulkintaan niin, että saadaan selville, tuottavatko eri tietolähteet toisiaan tukevia tuloksia. (Kananen 2014, 151–152.)

Olen luetuttanut tekstiäni ulkopuolisilla henkilöillä pitkin opinnäytetyön prosessia. Lukijat ovat olleet sekä hoitoalalta että aivan toisen alan ammattilaisia. Olen saanut arvokkaita neuvoja ja vinkkejä, joiden avulla olen edennyt eteenpäin ja korjannut huomattuja virheitä. Myös aikaisempi tutkimustieto on antanut viitteitä samankaltaisuudellaan luotettavuudesta.

Tutkimuksen luotettavuuteen voidaan vaikuttaa jo opinnäytetyön kirjoittamisen alussa. Kaikki tutkimuksen aikana tehdyt ratkaisut tulee perustella, ja tutkijan kannattaa pitää päiväkirjaa kaikesta toiminnasta, joka liittyy opinnäytetyöhön. Tiedonkeruu-, analysointi- ja tulkintamenettelyjä valittaessa on hyvä kirjata syyt ja perustelut. Tämä tehdään siksi, että sillä mahdollistetaan menetelmien ja koko työn arvioitavuus. (Kananen 2014, 153.)

Sisällönanalyysimenetelmää voidaan pitää luotettavana menetelmänä, koska sen avulla voidaan löytää sellaista tietoa, jota tilastollisesti ei ole saatavilla (Willberg 2009, 1). Sisällönanalyysin kautta saatu tieto on kytkettävissä jo aiempaan tutkimustietoon. Analysoinnin kohteeksi kelpaavat esimerkiksi dokumentit, elämäkerrat, tarinat, päiväkirjat ja muistelmat (Willberg 2009, 1). Laadullisessa analyysissä aineiston keruu, analysointi sekä raportointi liittyvät tiiviisti toisiinsa, ja kaikki vaiheet ovat tärkeitä luotettavuutta arvioitaessa (Willberg 2009, 5).

Sisällönanalyysin luotettavuutta arvioitaessa olen kiinnittänyt huomiota siihen, että olen käsitellyt aineistoja luottamuksellisesti ja niiden alkuperäisessä muodossa. Saamani tuloksia voidaan peilata aiempaan tutkimustietoon, ja ne toistavat samoja/samankaltaisia vastauksia. Olen käsitellyt aineistoa totuudenmukaisesti ja niin, että en ole antanut omien mielipiteiden tai näkemyksieni vaikuttaa lopputulokseen. Uskottavuutta olen

vahvistanut siten, että olen pyrkinyt olemaan mahdollisimman objektiivinen tutkimustuloksia kohtaan. Luotettavuutta olisin voinut parantaa kuvailemalla työn vaiheita vielä tarkemmin.

Olen pitänyt kirjaa työn vaiheista, ohjauskeskusteluista sekä säilyttänyt esimerkiksi sähköpostiviestejä, joita prosessin aikana on vaihdettu eri ihmisten kanssa. Olen pyrkinyt perustelevaan jokaisen menettelytavan ja vaiheen huolellisesti prosessin mukaisesti.

Toimintamallin arvioiminen jäi tämän opinnäytetyön ulkopuolelle. Toimintamallin arvioinnissa olisin pyytänyt palautetta kohdeosaston esimieheltä, lääkäreiltä, mentoreilta sekä kohdeosaston henkilökunnalta. Arvioinnin olisi voinut toteuttaa kahdessa vaiheessa: ensimmäinen arviointi olisi annettu pelkästä suunnitellusta toimintamallista. Toisessa vaiheessa toimintamallin toteutusta olisi arvioitu käytännössä. Arvioinnin avulla olisin saanut selville, mitä toimintamallista ajatellaan ja kuinka uskottavana toimintamallin avulla saatua kehitystyötä pidetään verrattuna aiempaan tutkimustietoon.

Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää on käytetty analysoitaessa kohdeosaston vuoden 2014 aikana tehtyjä HaiPro-ilmoituksia, joista saatiin aikaiseksi tilastollista tietoa vuoden tapahtumista. Määrällisessä osassa olin kiinnostunut saamaan selville eri luokkia ja vertailtavia tunnuslukuja. Kvalitatiivisessa, eli laadullisessa osiossa aineistot koottiin kahdella osallistavalla menetelmällä. Ratkaisut ja perustelut metodien valinnalle olivat olemassa, koska tarkoituksena oli, että kohdeosaston henkilökunta osallistuu toimintamallin luomiseen. Tähän käytettiin siis kalanruotokaavioita sekä tuplatiimimenetelmää, joihin osallistumalla annettiin mahdollisuus vaikuttaa lopputulokseen. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto ja tulokset ovat käsitelty niin, että tutkijana olen nostanut sieltä keskeiset asiat esiin keskustelujen kautta. Keskustelutilanteissa toimin lähinnä kuunteelijana, aloitin keskusteluja ja poimin sieltä asioita ja esitin tarkentavia kysymyksiä. Itse en osallistunut itse keskusteluihin muutoin. Opinnäytetyötä lukevan on helppo löytää tietoa siitä, kuinka aineisto on hankittu ja kuinka sitä on käsitelty prosessin eri vaiheissa.

Määrällinen tulos vuoden 2014 aikana tehdyistä ilmoituksista liittyi toimintamallin ja ohjeen luomiseen, koska haluttiin selvittää yhden vuoden aikana ilmoitetut haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset, jotta saatiin käsitys, millaisia ilmoituksia ylipäänsä tehdään

ja kuinka paljon. Lisäksi selvittämällä yhden vuoden tapahtumat saatiin suuntaviivoja, millaisiin tilanteisiin konkreettisia toiminnanmuutoksia tarvitaan.

Menetelmällistä triangulaatiota, eli kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusmenetelmää yhdistävä käyttö oli perusteltua, koska tutkimusaineistoa oli käsitelty eri analyysimenetelmin. Lisäksi triangulaatio oli perusteltua, koska yksittäisellä tutkimusmenetelmällä ei olisi tavoitettu riittävän kattavaa kuvaa tutkitusta kohteesta. Yksi tutkimusmenetelmä olisi kuvannut tutkittavaa kohdetta vain yhdestä näkökulmasta, joten useamman menetelmän käytöllä haettiin myös tutkimukselle luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 142–143.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, tutkimusaineistoon, aineiston analyysiin sekä tulosten esittämiseen. Aineistoa kerätessä korostuvat tutkijan taidot tavoittaa tutkittavaan ilmiöön liittyvää tietoa, jolloin tutkittavan aineiston laatu korostuu. Aineistoa analysoitaessa korostuvat luotettavuutta arvioitaessa tutkijan taidot analysoinnissa sekä oivalluskyky. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36.)

Opinnäytetyön kokoaminen oli suuri ja opettavainen prosessi. Varasin sen tekemiseen mielestäni riittävästi aikaa ja perehdyin aiempaan tutkimustietoon huolellisesti. Etsin myös ulkomaalaisia tutkimuksia aiheesta. Työn tekemistä helpotti aiheen mielenkiintoisuus sekä toimintamallille asetettu tarve, eli siis työ tukee käytäntöä. Alkuun aiheen rajaus tuotti itselleni hankaluuksia, mutta siinä auttoivat ohjaustuokioiden ohjaavan opettajan kanssa. Kun tutkimusongelma oli viimein selvillä, oli työn eteenpäin vieminen johonkin helpompaa. Sisällönanalyysia tehdessäni koetin pelkistää esille nousseet kiinnostavat asiat sellaisiksi, että ne vastasivat tutkimusongelmaan.

Tutkimustulosten luotettavuutta voidaan peilata vertailemalla niitä muuhun tutkimustietoon. Mielestäni onnistuin linkittämään oman tutkimukseni tulokset jo aiemmin tutkittuun tietoon, sillä tutkimustulokset ovat olleet hyvin samankaltaisia riippuen tutkimuksen näkökulmista. Luotettavuutta lisää myös se, että toimintatutkimuksen prosessi on kuvattu vaihe vaiheelta ja aineistoa havainnollistamaan on käytetty suoria lainauksia kuvaamaan todellista tilannetta.

8.4 Opinnäytetyön eettisyys

Tässä opinnäytetyössä eettiset kysymykset liittyivät aiheen valintaan, tutkimuslupaan, anonyymiuteen, vapaaehtoisuuteen sekä raportointiin ja siihen käytetyn aineiston säilyttämiseen ja hävittämiseen.

Toimintatutkimuksessa eettinen näkökulma korostui, koska tutkija on osa työyhteisöä ja tutkimiskohteen ollessa keskussairaalan vuodeosasto eettisenä valintana päädyimme siihen, että en tarkenna kohdetta enempää sen tunnistettavuuden vuoksi. Tutkimuksen tarkoituksena tutkijalle oli sekä tutkimisen, että kehittämisen oppiminen tutkiminen potilasturvallisuuden parantamiseksi. Tutkimus on toteutettu tutkijan työpaikalla, joka sitoutti tutkijaa tutkimuksen tekemiseen.

Tutkimuslupa anottiin sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajalta, koska osallistavan osion toteuttamiseen hyödynnettiin työntekijöiden työaika ja lisäksi työssä käsitellään kohdeosaston tietoja määrällisessä muodossa (haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset). Lupa hallintoylihoitajalta saatiin 21.12.2015. Tutkimuslupa hyväksyttiin lisäksi ohjaavalla opettajalla. Vaaratapahtumailmoitukset oli tehty nimettöminä, eikä niistä pystynyt tunnistamaan tekijöitä eikä potilaita. Käytettyä aineistoa on säilytetty niin, ettei muilla ole ollut pääsyä siihen ja aineisto, jota prosessin aikana on kerätty, tullaan hävittämään asianmukaisesti.

Toimintamallia ja – ohjetta laatiessani sain varsin vapaat kädet toteutuksen suhteen. Esimies, joka toimi työn tilaajana ehti kuitenkin vaihtaa työpistettä, ennen kuin toimintamalli ja koko opinnäytetyö olivat valmiit. Olin kuitenkin hänen kanssaan yhteyksissä koko ajan, ja pystyin kysymään neuvoja ja ohjeita ja hyväksyttämään työtä sitä mukaa kun se eteni. Koinkin, että toimintamallia on luotu yhteisymmärryksessä, kollegiaalisesti. En kuitenkaan varsinaisesti pyytänyt palautetta toimintamallista ja – ohjeesta osaltaan siksi, koska se ei ollut vielä täysin valmis ennen hänen siirtymistä ja toisaalta, sitä ei ollut otettu käytäntöön muutenkaan. Koin alaisena yhteistyömme toimineen hyvin, sillä koin saavani kannustusta, motivointia ja tukea koko ajan ja ilman, että olisin sitä pyytänyt.

Sairaanhoitajan työtä ohjaavat ammatilliset eettiset ohjeet, joiden tarkoituksena on tukea päätöksentekoa päivittäisessä työssä. Ohjeiden tarkoituksena on ilmaista perustettava sekä työn periaate hoitajille. Vaikka terveydenhuollon ammattilaisten etiikkaa ohjaavat ja määrittävät lainsäädäntö sekä eettiset periaatteet sekä ammattietiikka, oma eettinen pohdinta on yhtä tärkeä. Hoitotyön kehittyessä lisääntyneellä tietoisuudella asioista, taitojen karttuessa ja teknologian kehittyessä, perimmäinen tarkoitus on kuitenkin ihmisen kohtaaminen. Näillä kohtaamisilla voi olla hetkittäisiä tai kauaskantoisia merkityksiä, mutta tärkeintä on ammattilaisen kyky tunnistaa ja tiedostaa oma eettinen vastuu. (Sairaanhoitajaliitto 2014; Tehy 2013, 3.)

Eettisten ohjeiden mukaan hoitajien tulee olla toisten tukena potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, työssä jaksamisessa sekä ammatillisessa kehittämisessä. Ammattikunnassa toimitaan toisten moraalialia sekä eettisyyttä tukien. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Isoahon (2015, 25) tutkimuksen mukaan ilmoitusten käsittelyä on kuvattu avoimeksi ja syyllistämättömäksi; avoimella ja rakentavalla ilmoitusten käsittelyllä on ollut muutoinkin vaikutuksia työilmapiiriin. Mielestäni tämä kävi ilmi myös aineistoa analysoitaessa, sillä toiveena oli, että ilmoituksia haluttiin käsitellä yhdessä virheistä keskustellen ja toisia tukien, ei syyllistämällä, kollegiaalisesti.

Piiraisen (2013, 44) mukaan eettinen johtajuus nähdään lähiesimiesten kesken hyvin monipuolisena. Organisaatiomuutoksilla koetaan olevan lopulta hyvin vähän vaikutuksia potilaan hoitoon, enemmänkin niillä on vaikutuksia ylempään johtoon. Keskeisimpänä arvona nousi esiin potilaslähtöisyys, ja Piirainen totesikin, että säästöpainesta huolimatta julkisessa terveydenhuollossa ihminen menee rahan edelle. Oikeudenmukaisen ja tasa-arvoisen kohtelun rinnalle nousi inhimillisuus ja arvostus henkilöstön johtamista kohtaan. Näillä tekijöillä koetaan olevan yhä enemmän merkitystä, kun terveydenhuolto kilpailee osaavasta henkilökunnasta.

Esimieheni toimi koko opinnäytetyöprosessin ajan hyvin kannustavasti, tuki ja motivoi, kun sitä tarvitsin. Esimies järjesti aikaa työn tekemiselle huomioimalla tätä muun muassa työvuoroja suunnitellessa. Loppuvaiheessa opinnäytetyötä organisaatiomuutoksien vuoksi esimieheni vaihtoi työpistettä. Uusi esimieheni ei ole juurikaan päässyt vaikuttamaan työn lopputulokseen. Uusi esimieheni ei siis ollut mukana suunnittelemassa

toimintaohjetta tai käsittelijän ohjetta varsinaisesti, enkä pyytänyt palautetta häneltä lopullisesta versiosta. Etenkin uuden esimiehen kannalta hänelle valmiiksi tehtyjen ohjeiden ja toimintamallin käyttöönotto voi olla haasteellista, koska hän ei itse ole päässyt vaikuttamaan lopputulokseen, jolla olisi ollut merkittävä vaikutus sitoutumisen kannalta.

Mielestäni potilasturvallisuuden kehittäminen jos mikä on potilaslähtöistä. Potilaslähtöisessä toimintatavassa tarkoitus on, että potilas saa tietoa terveysongelmistaan, ja että hän saa yksilöllistä ja ammattitaitoista hoitoa ja kohtelua. Potilaan oma kokemus on tärkeä ottaa myös huomioon. Potilaslähtöisyyttä voidaan arvioida ja kehittää palautteen kautta sekä tarkastelemalla omia toimintatapoja. (Ouahi 2011.) Juuri näihin omien toimintatapojen tarkasteluun voidaan vaikuttaa HaiPro-ilmoitusten avulla, kun halutaan tuottaa turvallista ja riskitöntä hoitoa.

8.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Potilasturvallisuus on laaja ja monitahoinen asia, ja sen parantaminen on monen tekijän summa. Hoitotyön tulee tarjota mahdollisimman turvalliset, huolelliset ja tarkat ympäristöt hoidettaville. Omia tietoja ja taitoja tulee päivittää ahkerasti ja omaa tekemistä tulee osata arvioida kriittisesti. Mahdollisista virheistä on hyvä osata ottaa opiksi. Työskentelyolosuhteisiin ja -ympäristöön on osattava kiinnittää huomiota, jotta työn tekeminen on inhimillistä ja turvallista. Myös hoitotyön dokumentoinnin ja tiedonkulun on oltava asianmukaista ja sujuvaa. Lääkehoito on yksi iso osa arkipäivää, joten tiedot ja taidot tulee olla kunnossa ja ajan tasalla. Lisäkoulutus ei kuitenkaan lääkehoidon osalta ole koskaan pahitteeksi, sillä lääkehoito kehittyy ja monipuolistuu koko ajan. Tapaturmatilanteisiin osataan jo puuttua, mutta tärkeämpää on, että osataan reagoida altistaville tekijöille.

Haitta- ja vaaratapahtumailmoituksia seuraamalla nähdään, millaisia parannuksia kullakin osa-alueella mahdollisesti tarvitaan. Haitta- ja vaaratapahtumailmoituksia on kuitenkin pystyttävä käsittelemään oikein, jotta ongelman ytimeen päästään ja mahdollisia ongelmakohtia pystytään parantamaan. Kuitenkin vaikka kaikki puitteet olisivat kunnossa, on muistettava, että inhimillisiä virheitä tapahtuu, eikä niitä voida kokonaan poistaa. Myös esimiehen rooli ilmoituksia käsiteltäessä ja potilasturvallisuutta johtaessa on

suuri, sillä hänen asenteellaan ja toiminnallaan voidaan kehittää potilasturvallisuutta paremmaksi esimerkiksi asenteiden kautta.

Jatkossa tulisi tutkia, toimiiko nyt kehitetty toimintamalli käytännössä ottamalla se käyttöön ja samalla kehittää ja muokata sitä kokemusten ja saadun palautteen perusteella. Olisi hyvä saada selville myös, hyödyttääkö toimintaohje esimiestä ilmoitusten käsittelyssä. Tutkimusnäkökulmana voisi olla myös, kuinka raportointijärjestelmää käytetään potilasturvallisuuden kehittämisessä hyödyksi.

Mielenkiintoista olisi selvittää ja koota tietoa yhteen, millaisia kehittämistoimia HaiPro-ilmoitusten pohjalta terveydenhuollossa on tehty. Huomionarvoista olisi myös tutkia, onko organisaatioissa kehitetty tapoja, joilla seurataan potilasturvallisuutta, ja kuinka tätä tietoa on hyödynnetty. Potilasturvallisuussuunnitelmilla voitaisiin seurata ja arvioida potilasturvallisuutta ja kehittää toimintaa systemaattisesti tietoon perustuen.

Jatkossa voitaisiin myös verrata raportoituihin HaiPro-ilmoituksiin muun muassa hoitoisuustilastoja, lomatilastoja ja sijaisten työskentelyä, löytyykö niiden väliltä yhteyttä tehtyihin ilmoituksiin.

LÄHTEET

Aluehallintovirasto 2010. Väkivallan uhka työssä. Työsuojeluoppaita ja -ohjeita 46, 6.

Avelin, Tanja & Lepola, Liisa 2008. Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Awanic OY 2015. HaiPro. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. WWW-dokumentti. <http://awanic.com/haipro/> Ei päivitystietoja. Luettu 24.5.2015.

Collin, Kaija, Valleala, Ulla Maija, Herranen, Sanna, Paloniemi, Susanna & Pyhälä-Liljeström, Paula 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosesseissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49, 31–43.

Habonen, Risto, Pikkarainen, Piia & Tuikka, Heidi 2011. Vanhusten kaatumistapahtumien riskit ja ennaltaehkäisy – hoitonetti. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

HaiPro, 2015. Ohje potilasturvallisuuden käsittelijälle. PDF-dokumentti. http://www.haiopro.fi/ohjeet/pt-kasittelijan_ohje_30092015.pdf Päivitetty 30.9.2015. Luettu 2.1.2016.

Heinonen, Marketta & Isaksson, Virpi 2011. Kaatumisen ehkäisy akuutilla vuodeosastolla. Julkaisussa Honkanen, Virpi (toim.) Toinen kansallinen potilasturvallisuuskonferenssi Helsingissä 8. - 9.9.2011. Esitysten tiivistelmät. Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitos.

Hurri, Suvi 2016. Hyvä työpaikkakulttuuri tuo säästöjä. Sairaanhoitaja 1, 13.

Innotiimi, 2009. Tuplatiimi. WWW-dokumentti. http://www.innotiimi.fi/site/?lan=1&mode=tiedotteet&tiedote_id=941 Päivitetty 26.1.2009. Luettu 5.11.2015.

Isoaho, Aleksi 2015. Lähijohtajien mielipiteitä HaiPro-ohjelman hyödynnettävyydestä. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

ISSHP, 2014. Potilasturvallisuussuunnitelma. Itä-Savon sairaanhoitopiiri. PDF-dokumentti. http://www.isshp.fi/public/dokumentit/potilasturvallisuussuunnitelma_151112.pdf Päivitetty 10.3.2014. Luettu 12.5.2015.

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

Kananen, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Karjalainen, Tanja 2007. Yhdistä ideointityökaluilla luovan ajattelun eri ulottuvuudet – Aivoriihi, ryhmittelykaavio sekä kalanruotokaavio. WWW-dokumentti. <http://www.qk-karjalainen.fi/fi/artikkelit/yhdistae-ideointityoekaluilla-luovan-ajattelun-eri-ulottuvuudet/> Päivitetty 1.11.2007. Luettu 5.11.2015.

Keronen, Merja 2012. Aggressiivisen asiakkaan kohtaaminen. WWW-dokumentti. <http://tesso.fi/artikkeli/aggressiivisen-asiakkaan-kohtaaminen> Päivitetty 2.11.2012. Luettu 29.12.2015.

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

Knuuttila, Jari, Ruuhilehto, Kaarin & Wallenius, Jarkko 2007. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Terveysthuollon laadunhallinta. Helsinki: Lääkelaitos.

Kuisma, Päivi 2011. Terveysthuollon vaaratapahtumailmoitukset tietolähteenä potilasturvallisuuden kehittämisessä. Tampereen kaupungin tietotuotannon ja laadunarviointin julkaisusarja D4/2011.

Kurronen, Päivi 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku – HaiPro-vaaratapahtumien analyysi. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Lauri, Sirkka 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen, Marita & Vehviläinen, Katri (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Lindahl-Alarcón, Christina & Linde, Marie 2012. Strukturera mera: Hur SBAR påverkar patientsäkerheten i hälsö- och sjukvården. Sjuksköterskeprogrammet. Omvårdning – vetenskapligt arbete. Högskolan Halmstad.

Louhela, Saara & Saarinen, Satu 2006. Väkiältä terveydenhuollon eri toimialoilla. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Metsämuuronen, Jari 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Helsinki: International Methelp OY.

Nieva, V.F. & Sorra, J. 2003. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. PDF-dokumentti. http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.full.pdf+html Päivitetty 1.12.2003. Luettu 20.7.2015.

NPSA 2004. Seven steps to patient safety. National Patient Safety Agency. PDF-dokumentti. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787> Päivitetty 1.7.2004. Luettu 4.6.2015.

Nurmi, Ilona 2000. Yli 60-vuotiaiden kaatumistapaukset laitoshoidon aikana. Vaaratekijät, kustannukset ja selviytyminen. Helsingin Yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Väitöskirja.

Ouahi, Pirjo 2011. Potilaslähtöisyys hoitotyössä. Metropolia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Penttinen, Joni & Schildt, Lauri 2010. Hoitohenkilökunnan kokemat uhka- ja väkivaltatilanteet terveydenhuollossa – Raportointi ja kirjaaminen Suomen sairaanhoitopiireissä. Laurea-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Pasternack, Amos 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 20, 2459–2470.

Piirainen, Meeri 2013. Eettinen johtaminen terveydenhuollon organisaatiomuutoksissa hoitotyön lähiesimiehen näkökulmasta. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Piironen, Aino & Piironen, Kaisa 2013. Inhimilliset tekijät: potilasturvallisuus periooperatiivisessa hoitotyössä. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Savonia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Riesenberg, Lee Ann, Leitzsch, Jessica & Cunningham, Janet 2010. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. American Journal of nursing. WWW-dokumentti. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20335686> Ei päivitystietoja. Luettu 12.12.2015.

Ruuhilehto, Kaarin 2008. Vaaratapahtumien käsittelijän vaativa tehtävä. PDF-dokumentti. http://www.haiopro.fi/aineisto/Kasittelijan_vaativa_tehtava_281008.pdf Päivitetty 30.10.2008. Luettu 11.1.2016.

Ruuhilehto, Kaarin & Knuuttila, Jari 2008. HaiPro-vaaratapahtumien raportointi: tuloksia ja kokemuksia käsittelystä. PDF-dokumentti. http://www.haiopro.fi/aineisto/haiopro-kyselyn_yhteenveto_210208.pdf Päivitetty 4.10.2008. Luettu 2.1.2016.

Ruuhilehto, Kaarin, Kaila, Minna, Keistinen, Timo, Kinnunen, Marina, Vuorenkoski, Lauri & Wallenius, Jarkko 2011. HaiPro – millaista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009? Duodecim 2011/27, 1033–1040.

Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. WWW-dokumentti. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/> Päivitetty 3.10.2014. Luettu 12.1.2016.

SuPer 2014. Väkivallan uhka työssä. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry. WWW-dokumentti. <https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/tyohyvinvointi-tyosuojelu-ja-tyoelaman-kehittaminen/vakivallan-uhka-tyossa/> Ei päivitystietoja. Luettu 29.12.2015.

Socialstyrelsen 2015. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet. PDF-dokumentti. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19753/2015-4-1.pdf> Päivitetty 5/2015. Luettu 4.6.2015.

STM 2008. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 16. PDF-dokumentti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3725.pdf Päivitetty 27.3.2015. Luettu 24.5.2015.

STM 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Street, Maryann, Eustasce, Paula, Livingston Patricia, Craike, Melinda, Kent, Bridie & Patterson, Denise 2011. Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurse's experience and perspective of handover. WWW-dokumentti. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2011.01918.x/abstract> Ei päivitystietoja. Luettu 26.12.2015.

Stakes 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes ja työpapereita 28. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Helsinki: Valopaino OY.

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

Tehy 2013. Lähietiikan lähteillä. Terveysturvallisuuden eettisten kysymysten pohdintaa. Tehyn julkaisusarja F:1/2013, 3. PDF-dokumentti. <https://www.tehy.fi/@Bin/24542873/L%C3%A4hietiikan-l%C3%A4hteill%C3%A4.pdf> Päivitetty 7.3.2013. Luettu 12.1.2016.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 30.12.2010

THL 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.

THL 2015. Laatu ja potilasturvallisuustyötä ohjaavat terveydenhuoltolaki ja sen lisäksi useat muut lait ja säädökset. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/lainsaadanto> Päivitetty 30.6.2015. Luettu 5.8.2015.

Tiainen, Maijaterstu 2016. Sähköpostiviesti 30.1.2016. Ylihoitaja. Itä-Savon sairaanhoitopiiri.

Vahtera, Satu 2011. Väkivalta- ja uhkatilanteet hoitotyössä. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Virjo, Irma, Mäkelä, Kari, Aho, Juhani, Kalliola, Pentti, Kurunmäki, Harri, Uusitalo, Leena, Valli, Markku & Ylinen, Suvi 2013. Tiedonkulku erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen takkuua yhä. Suomen lääkäri-lehti 36, 2208–2212.

WHO 2007. The nine patient safety solutions 2007. World Health Organization. WWW-dokumentti. http://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/ Päivitetty 20.4.2007. Luettu 26.5.2015.

Willberg, Eeva 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. PDF-dokumentti. <https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen> Päivitetty 16.2.2009. Luettu 11.2.2016.

KIRJALLISUUSKATSAUS

Tutkimuksen bibl. tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi opinnäytetyön kannalta
<p>Avelin, Tanja, Lepola, Liisa 2008. Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöön-otosta.</p> <p>Opinnäytetyö YAMK, Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma.</p>	<p>Kuusi eri osastoa ja niiden eri ammattiryhmistä koostuva hoitohenkilöstö terveyskeskussairaalassa.</p>	<p>341 vaaratapahtumailmoitusta analysoitiin. Lisäksi hoitohenkilökunnalle tehtiin kysely, joka analysoitiin sisällyksenanalyysillä.</p>	<p>Vaaratapahtumien raportointi tuki henkilökunnan oppimista niistä. Ilmoituksia tehtiin aktiivisesti ja asioita käsiteltiin osastokokouksessa. Ilmoitusten perusteella suunniteltiin kouluksia ja uusia toimintatapoja. Luotiin uusi toimintamalli vaaratapahtumailmoitusten käsitteilyyn. Vaaratilanneraportit muuttivat käytännön työtapoja potilasturvallisemmiksi.</p>	<p>Toimintatapahtumien toteutus käytännössä.</p> <p>Tavoite lähes sama kuin omassa työssä.</p> <p>Benchmarkkaus omaa työtä ajatellen.</p>
<p>Kuisma, Päivi 2011. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumailmoitukset tietolähteenä potilasturvallisuuden kehittämisessä. Tampereen kaupunki, tietotuotanto ja laadunarviointi.</p>	<p>Tampereen kaupungin erikoissairanhoidossa, laitoshoidossa ja vanhainkoti- hoidossa vuonna 2009 tehdyt vaaratapahtumailmoitukset.</p>	<p>Vaaratapahtumailmoitukset vuoden 2009 aikana (n=1688). Määrällinen aineisto kuvattu frekvenssijakaumilla, prosenttiosuuksilla, riskiintaulukoinnilla. – Sisällönanalyysi.</p>	<p>Kehittämisen osa-alueiksi nousivat mm. informointi, henkilökohtaiset ominaisuudet, dokumentointi ja raportointi, toimintatavat, työnjako, perehdytys, johtaminen.</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan potilasturvallisuutta kehittämään tarvitaan muun muassa perehdyttämistä.</p>

KIRJALLISUUSKATSAUS

Tutkimuksen bibl. tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi opinnäytetyön kannalta
<p>Kurronen, Paula, 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku – HaiPro-vaaratapahtumien analyysi.</p> <p>Pro gradu-tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, hoitotiede.</p>	<p>Yksi sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus Suomessa.</p>	<p>Vuonna 2010 aikana kirjallisesti raportoidut (n=123) ja loppuun käsitellyt tiedonkulkuun ja –hallintaan liittyvät vaaratapahtumailmoitukset HaiPro-järjestelmästä. Kuvaukset vaaratapahtumista analysoitiin induktiivisella sisälönanalyysillä.</p>	<p>Useimmat virheet tapahtuivat inhimillisten tekijöiden aiheuttamina, ja organisatation toiminnasta johtuvista tekijöistä. Jatkossa tärkeä oppia virheistä, ja kehittää uusia toimintamalleja vaaratapahtumien minimoimiseksi. Vakioitujen toimintatapojen käyttö, esimerkiksi tarkistuslistat. Potilasturvallisuuden tarkastelu organisatiossa.</p>	<p>Tiedonkulun merkitys vaaratapahtumien kannalta.</p> <p>Benchmarkaus omaa työtä ajatellen.</p>

KIRJALLISUUSKATSAUS

Tutkimuksen bibl. tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi opinnäytetyön kannalta
<p>Piironen, Aino & Piironen Kaisa 2013. Inhimilliset tekijät: potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä.</p> <p>Opinnäytetyö, Savonia AMK/Oulun seudun ammattikorkeakoulu</p>	<p>Opinnäytetyö on osa kansainvälistä avaintaitojen hallinta-projektia, jonka tarkoituksena on saada selville perioperatiivisessa hoitotyössä tarvittavat keskeiset taidot, jotta läheltäpiti-tilanteita voidaan vähentää.</p>	<p>Tutkimusmateriaali oli valmis aineisto, joka kerättiin focus group -haastatteluna osana kansainvälistä ORN-KSM-projektia.</p> <p>Haastatteluaineisto analysoitiin sekundaarianalyysinä teoriaohjaavalla aineiston analyysillä. Aineistosta löydetty tekijät luokiteltiin sisällönanalyysimenetelmällä.</p>	<p>Potilasturvallisuuden toteutuminen vaatii sairaanhoitajalta teknologista osaamista, tarkkuutta ja huolellisuutta, aseptista oma-tuntoa ja tiimityöskentelytaitoja. Myös koulutuksen merkitys ja sairaanhoitajan vastuu omasta ammattitaidostaan korostuivat turvallisuustekijöinä. Potilasturvallisuuteen vaikuttivat ympäristötekijät ja kalusto, joita perioperatiivisessa hoitotyössä käytetään.</p>	<p>Inhimillisten tekijöiden vaikutus.</p> <p>Motiivien esiin nostaminen tuloksissa.</p>

KIRJALLISUUSKATSAUS

Tutkimuksen bibl. tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi opinnäytetyön kannalta
<p>Lägesrapport inom patient-säkerhetsområdet, 2015.</p> <p>Socialstyrelsen. Sweden, Ruotsi.</p>	<p>Vuosittaiset raportit potilasturvallisuudesta vuosina 2013–2015.</p>	<p>ei mainintaa</p>	<p>Tulokset osoittivat, että vakavia, ehkäisävissä olevia lääketieteellisiä vammoja on pystytty vähentämään. Maakaräjien systemaattinen potilasturvallisuustyö on kehittynyt eteenpäin ja tietoa hoidosta aiheutuneista vammoista on lisääntynyt. Maakaräjien potilasturvallisuusohjeet kuitenkin vaihtelevat suuresti rakenteellisesti sekä systeemisesti.</p>	<p>Ruotsalainen terveydenhuolto ja potilasturvallisuuskulttuuri</p>

KIRJALLISUUSKATSAUS

Tutkimuksen bibl. tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi opinnäytetyön kannalta
<p>Lindahl-Alarcón Christina & Linde Marie, 2012.</p> <p>Strukturera mera: Hur SBAR påverkar patientsäkerheten I hälsö- och sjukvården.</p> <p>Sjuksköterskeprogrammet, omvårdnad – vetenskapligt arbete. Högskolan Halmstad, Sweden, Ruotsi.</p>	<p>Kuinka SBAR-menetelmällä voidaan vaikuttaa potilasturvallisuuden parantamiseen kommunikatiota parantamalla.</p>	<p>Kirjallisuuskat- saus aiheesta, 15 eri tutki- musta aiheesta.</p>	<p>SBAR- menetelmää käytettäessä tiimityöskente- ly koettiin lähtyneen ja kommuni- kaatio eri am- mattiryhmien välillä parani. Syyllistävästä ilmapiiristä päästiin enemmän on- gelmakeskei- syyteen.</p>	<p>SBAR- menetelmä potilasturval- lisuutta pa- rantamassa.</p>

KIRJALLISUUSKATSAUS

Tutkimuksen bibl. tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi opinnäytetyön kannalta
<p>V.F. Nieva & Sorra J. 2003.</p> <p>Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations.</p> <p>Quality of Patient Safety in healthcare 2003 12:ii17-ii23. USA, Yhdysvallat.</p>	Koostui 12 eri tutkimuksesta.	Kirjallisuuskatsaus.	Potilasturvallisuusarviointien avulla voidaan parantaa potilasturvallisuutta, koska niiden avulla päästään oikeisiin ongelmakohtiin ja sitä kautta lähdetään miettimään ratkaisukeinoja turvallisuuskulttuurin muutokselle ja parantamiselle.	<p>Syylisyyden kulttuuri virheen sattuessa.</p> <p>Organisaation sisäinen ja ulkoinen benchmarkkaus.</p> <p>Sidosryhmien hyödyntäminen ja niiden merkitys potilasturvallisuuteen.</p>
<p>Seven steps to patient safety: full reference guide, 2014.</p> <p>NHS, National Patient Safety Agency. Great Britain, Iso-Britannia.</p>	Koottu tutkimuksista, jotka on toteutettu Britanniassa, Yhdysvalloissa, Australiassa, Uudessa-Seelannissa ja Tanskassa. Opas pohjautuu suosituksiin.	Ei mainintaa.	Oppaan seitsemän porrasta tarjoavat englantilaiselle NHS-organisaatiolle eräänlaisen tarkistuslistan potilasturvallisuuden parantamiseksi.	Oppaan käytännöllisyys.

LIITE 2(1). HAIPRO-VAARATAPAHTUMALUOKITUS

I Tapahtumatyyppit

1. Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon tai varjoaineeseen liittyvä
2. Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvä
3. Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä
4. Invasiiviseen toimenpiteeseen liittyvä
5. Muuhun hoitotoimenpiteeseen liittyvä
6. Laboratorio- tai kuvantamistutkimukseen liittyvä
7. Laitteeseen tai sen käyttöön liittyvä
8. Aseptiikkaan liittyvä
9. Tapaturma
10. Ensihoidon toimintaympäristöön liittyvä
11. Väkivalta, pahoinpity
12. Muu

II Tapahtumatyyppien alaluokat

1 Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon ja varjoaineeseen liittyvä

1.1 Tilausvirhe

1. tilauksen käsittelyvirhe
2. virhe tilauksen kirjaamisessa
3. virhe tilauksen lähettämisessä

1.2 Toimitusvirhe

1. väärään aikaan
2. väärään paikkaan
3. virhe kuljetuksessa
4. väärä toimituksenaikainen säilytys
5. väärät merkinnät
6. väärä lääkemuoto
7. väärä lääkevahvuus
8. väärä lääke

1.3 Säilytysvirhe

1. vanhentuminen
2. väärät säilytysolosuhteet
3. väärä sijoituspaikka

1.4 Määräysvirhe

1. väärä potilas
2. väärä lääke/ neste/ verituote
3. väärä annos tai vahvuus
4. väärä antoreitti
5. väärä lääkehoidon kesto
6. vasta-aiheinen lääke / väärä veriryhmä
7. määräys puuttuu
8. päällekkäinen määräys

1.5 Kirjaamisvirhe

1. väärä potilas
2. väärä lääke/ neste/ verituote
3. väärä annos tai vahvuus
4. väärä antoreitti
5. väärä lääkehoidon kesto
6. lääke/ neste/ verituote kirjaamatta
7. lopetusajankohta kirjaamatta

1.6 Jakovirhe

1. väärä potilas
2. väärä lääke/ neste/ verituote
3. väärä annos tai vahvuus
4. väärä lääkemuoto
5. lääke jakamatta
6. jaetaan lopetettu lääke
7. virhe käyttökuntoon saattamisessa

1.7 Antovirhe

1. väärä potilas
2. väärä lääke/ neste/ verituote
3. väärä annos tai vahvuus
4. väärä antotapa
5. väärä ajankohta
6. lääke/ neste/ verituote antamatta
7. annetaan lopetettu lääke/ neste/ verituote

2 Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvä

2.1 Diagnosointiin liittyvä

1. tutkimus tekemättä
2. tutkimustulos huomioimatta tai väärin tulkittu
3. potilastieto huomioimatta

2.2 Hoidon järjestelyihin liittyvä

1. tutkimus tekemättä
2. lähete tekemättä, kadonnut tai virheellinen
3. ajanvaraus tekemättä, puutteellinen tai virheellinen
4. merkintä leikkausjonoon tekemättä / väärään leikkausjonoon
5. väärä, virheellinen tai puuttuva potilasohje

2.3 Potilastiedon hallintaan (dokumentoitiin) liittyvä

1. henkilö- /yhteystietojen virheellisyys
2. lähete/ tutkimustulos kirjattu väärälle potilaalle
3. väärä tai vanhentunut tieto potilaskertomuksessa
4. puutteellinen, puuttuva tai epäselvä potilastieto
5. potilastieto kirjattu väärään paikkaan
6. Tietojen haku järjestelmästä tai syöttö järjestelmään estynyt

2.4 Suulliseen tiedonkulkuun ja viestintään liittyvä

1. potilaan henkilöllisyys varmistamatta
2. välitetty väärä, epätarkka tai puutteellinen tieto
3. tieto välitetty väärään paikkaan
4. tieto jäänyt välittämättä, puuttuva tieto
5. väärin tulkittu, väärin ymmärretty tieto
6. välitetty väärän potilaan tieto

2.5 Potilaskohtaiseen hoito-ohjeeseen liittyvä

1. lääkäriin ei saada yhteyttä viivytyksettä
2. saatu toimintaohje virheellinen tai puutteellinen
3. annettua hoito-ohjetta ei noudatettu

2.6 Viestintään ja tiedon siirtoon liittyvä

1. välitetty väärän potilaan tieto
2. välitetty väärä, epätarkka tai puutteellinen tieto
3. tieto jäänyt välittämättä (esim. ennakoilmoitusta ei tehty)

HAIPRO-VAARATAPAHTUMALUOKITUS

- GSM ei kuulunut (esim. faksi tai EKG ei välittynyt, puhelu ei onnistunut)
- VIRVE ei kuulunut

3 Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä

- väärä potilas
- sekaannus operoitavasta paikasta
- tapaturma, vahingoittuminen operaation yhteydessä
- esineen unohtuminen tai rikkoutuminen potilaan sisälle
- muut operatiiviset tapahtumat

4 Invasiiviseen toimenpiteeseen liittyvä

- laskimo- tai valtimokatetrin käyttö
- nenä- tai suu-mahaletkun käyttöön liittyvä
- punktioon liittyvä (esim. nivel, pleura, rakko)
- esineen unohtuminen tai rikkoutuminen potilaan sisälle
- muu invasiivinen tapahtuma

5 Muuhun hoitotoimenpiteeseen liittyvä**5.1. Potilaan tilan seuranta**

- seurantatarvetta ei tunnisteta
- riittämätön tilan seuranta
- tilan seuranta laiminlyödään

5.2 Ravinto

- annetaan ruokaa / syö vaikka ei pitäisi
- ruoka saamatta tai väärää ruokaa

5.3 Hoitotoimenpide

- puutteellinen tai virheellinen hoito
- perusteeton toimenpide
- toimenpide, jolle olemassa vasta-aiheita

6 Laboratorio- tai kuvantamistutkimukseen liittyvä**6.1 Laboratoriotutkimukseen liittyvä**

- määrätty väärä näyte
- pyydetty väärä näyte
- virheellinen, puutteellinen näyte
- näyte kadonnut
- näyte otettu väärältä potilaalta tai näytetarrat vaihtuneet
- virheellinen analyysi
- analyysi tekemättä
- väärin kirjattu tulos
- näyte ottamatta
- kirjattu väärälle potilaalle

6.2 Kuvantamistutkimukseen liittyvä

- määrätty väärä tutkimus
- pyydetty väärä tutkimus
- huonolaatuinen kuva
- kuva kadonnut
- kuva otettu väärältä potilaalta tai tarrat vaihtuneet
- virheellinen analyysi

- analyysi tekemättä
- väärin kirjattu tulos
- tutkimus tekemättä
- kirjattu väärälle potilaalle

7 Laitteeseen ja sen käyttöön liittyvä

- laitteet yhteen sopimattomat
- laitteen toimintahäiriö
- laite ei saatavilla, ei toimintakunnossa, huollossa ym.
- laitteen virheellinen käyttö
- laite, tarvike tai väline koottu puutteellisesti tai väärin
- vanhentuneen välineen tai tarvikkeen käyttö
- laitteen rikkoutuminen hoidon aikana
- häiriö sähkön tai kaasun saannissa / jakelussa

8 Aseptiikkaan/ hygieniaan liittyvä

- Epästeriili instrumentti
- Aseptiseen käyttäytymiseen liittyvä
- Leikkaus- ja hoitotarvikkeisiin liittyvä
- Potilaan valmistelu

9 Tapaturma

- kaatuminen
- putoaminen
- puristuminen, kuristuminen
- isku esineestä, törmäminen esineeseen ym., putoava esine
- sähkötapaturma
- liikenneonnettomuus

10. Ensihoidon toimintaympäristöön liittyvä

- puutteellinen tai virheellinen kohdeosoite
- kohteen osoitemerkinä puutteellinen (talon numero puuttuu tms.)
- kohteen tavoittaminen viivästynyt tiestön kunnon vuoksi
- kohteeseen ei pääse autolla lainkaan (ei tietä, ajokelvoton tie, kohde saarella tms.)
- väkivallan riski, hoidon toteuttaminen edellyttää poliisia
- väkivaltaa käytetty ensihoitohenkilöstöä kohtaan

11 Väkivalta, pahoinpitely

- Tekijänä toinen potilas
- Tekijänä ulkopuolinen henkilö (esim. vierailija)

12 Muu

- Potilas karkaa / poistuu omin luvin
- Kadonnut potilas
- todennäköisesti hoitoa tarvinnutta potilasta ei löydetä
- Itsemurha
- Muu

SISÄLLÖNANALYYSI KALANRUOTOKAAVIOISTA

Tutkimuskysymys	Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääloukka
Mitä hyvää osaston HaiPro-ilmoitusten käsittelyssä on tällä hetkellä?	<p>”Ilmoitukset on tällä hetkellä omassa kansiossa, kaikki voivat itsenäisesti tutustua niihin. Osastotunneilla informoidaan tulleista ilmoituksista.”</p> <p>”Helppo tehdä ja laittaa miettimään miten asian voisi ehkäistä ja yhdessä miettiä parannusehdotuksia.”</p> <p>”Uskalletaan tehdä myös omasta toiminnasta HaiPro-ilmoituksia.”</p> <p>”Osastonhoitajalle ilmoitus ja laittaa HaiPro-ilmoituksia luettavaksi → herää kehittämisaikatuksia ja muutetaan toimintaa tarvittaessa.”</p> <p>”Jo se on hyvä asia, että ilmoituksia tehdään laajasti ja niistä aina oppii vaikka ne vain käydään läpi jollain tasolla.”</p> <p>”Ilmoitukset käsitellään nimettöminä.”</p> <p>”Mahdolliset lisäkysymykset koskien HaiPro-ilmoitusta tulevat sähköpostilla → helppo vastata.”</p>	<p>Tehtyihin ilmoituksiin on mahdollisuus tutustua.</p> <p>Ilmoituksista keskustellaan osastotunneilla.</p> <p>Ilmoituksia käsitellään asianmukaisesti.</p> <p>Parannusehdotuksia mietitään yhdessä.</p> <p>Huomioidaan virheet myös omassa toiminnassa.</p> <p>Tapahtuneista tilanteista keskustellaan.</p> <p>Lisäkysymyksiin on helppo vastata jos jotain tarkennettavaa.</p>	<p>Asianmukainen ja säännöllinen käsittely.</p> <p>Syyllyttämätön ilmapiiri.</p> <p>Keskustelua enemmän, parannusehdotuksia mietitään yhdessä.</p>	<p>Yhtenäisen toimintatavan luominen ilmoitusten käsittelyyn.</p>

SISÄLLÖNANALYYSI KALANRUOTOKAAVIOISTA

Tutkimuskysymys	Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääloukka
Mitä huonoa osaston HaiPro-ilmoituksien käsittelyssä on tällä hetkellä	<p>”Jos käsitellään, ei seuraa toimenpiteitä.”</p> <p>”Jää käsittelemättä”</p>	<p>Ilmoituksia ei käsitellä.</p> <p>Ei merkittäviä toimenpiteitä.</p>	<p>Ilmoituksien käsittely jäänyt yhdessä.</p> <p>Epäsäännöllisyys ilmoituksien käsittelyssä.</p> <p>Puutteita ilmoituksien käsittelyssä sekä toimenpiteiden suunnittelussa.</p>	<p>Vakiintunut tapa käsitellä ilmoituksia puuttuu.</p>

SISÄLLÖNANALYYSI KALANRUOTOKAAVIOISTA

Tutkimuskysymys	Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Päälouokka
Mitä kehittäisit osaston HaiPro-ilmoituksen käsittelyssä?	<p>”Voisiko käsitellä myös hoitoprosesseihin liittyviä asioita rohkeammin → hoitoketjut.”</p> <p>”Ilmoitukset tulisi ryhmitellä eri osioihin, esim. tapaturmat ja lääkepoikkeamat jne.. Tämän jälkeen ne käsiteltäisiin ja mietittäisiin yhdessä asioita, parannuskeinoja, virheiden ehkäisyä.”</p> <p>”Käsittelyn myötä nousisi esiin koulutustarpeita.”</p> <p>”Konkreettisia, toimivia riskinhallintaneuvoja tulee harvoin, joskus sain neuvoja ihmiseltä, joka selvästikään ei tee käytännön hoitotyötä.”</p> <p>Käsitellään yhdessä x1/kk esim. osastotunnilla, osastonlääkäri mukana!”</p>	<p>Hoitoketjun tarkastelu syvällisemmin.</p> <p>Ilmoituksien luokittelu.</p> <p>Koulutustarpeen tunnistaminen.</p> <p>Konkreettisia neuvoja.</p> <p>Ilmoitusten käsittelyä yhdessä.</p> <p>Lääkäri osalliseksi mukaan käsitte-lyyn.</p>	<p>Ilmoituksien luokittelu helpommaksi.</p> <p>Johtaisi konkreettisiin neuvoihin ja tunnistettaisiin lisäkoulutuksen tarve.</p> <p>Ilmoituksia käsiteltäisiin yhdessä ja lääkärit osallistuisivat myös, hoitoketjun syvällisempi tarkastelu.</p>	<p>Konkreettisten kehittämisideoiden suunnittelu moniammatillisesti sekä mahdollisten koulutustarpeiden havainnointi.</p>

SISÄLLÖNANALYYSI TUPLATIIMIMENETelmäSTÄ

Tutkimuskysymys	Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääloukka
Mitä hyvää HaiPro-ilmoituksien tekemisessä?	<p>”Helppo tehdä, selkeä systeemi.”</p> <p>”Johtaa konkreettiseen potilasturvallisuuden parantamiseen.”</p> <p>”Asiat tulevat näkyviin, riskit esiin → läpinäkyvyys.”</p> <p>”Ei tuudittauduta näennäiseen turvallisuuden tunteeseen.”</p> <p>”Parhaimmillaan johtaa hyvään tiimityöhön → yhteen hiileen puhaltaminen”</p>	<p>Ilmoituksia helppo tehdä ja tulokset konkreettisesti nähtävissä.</p> <p>Riskit tulevat esiin, parantaa läpinäkyvyyttä.</p> <p>Tiimityön parantaminen.</p>	Konkreettisuus, läpinäkyvyys, tiimityön parantaminen.	Näkyvä käytännön potilastyössä.

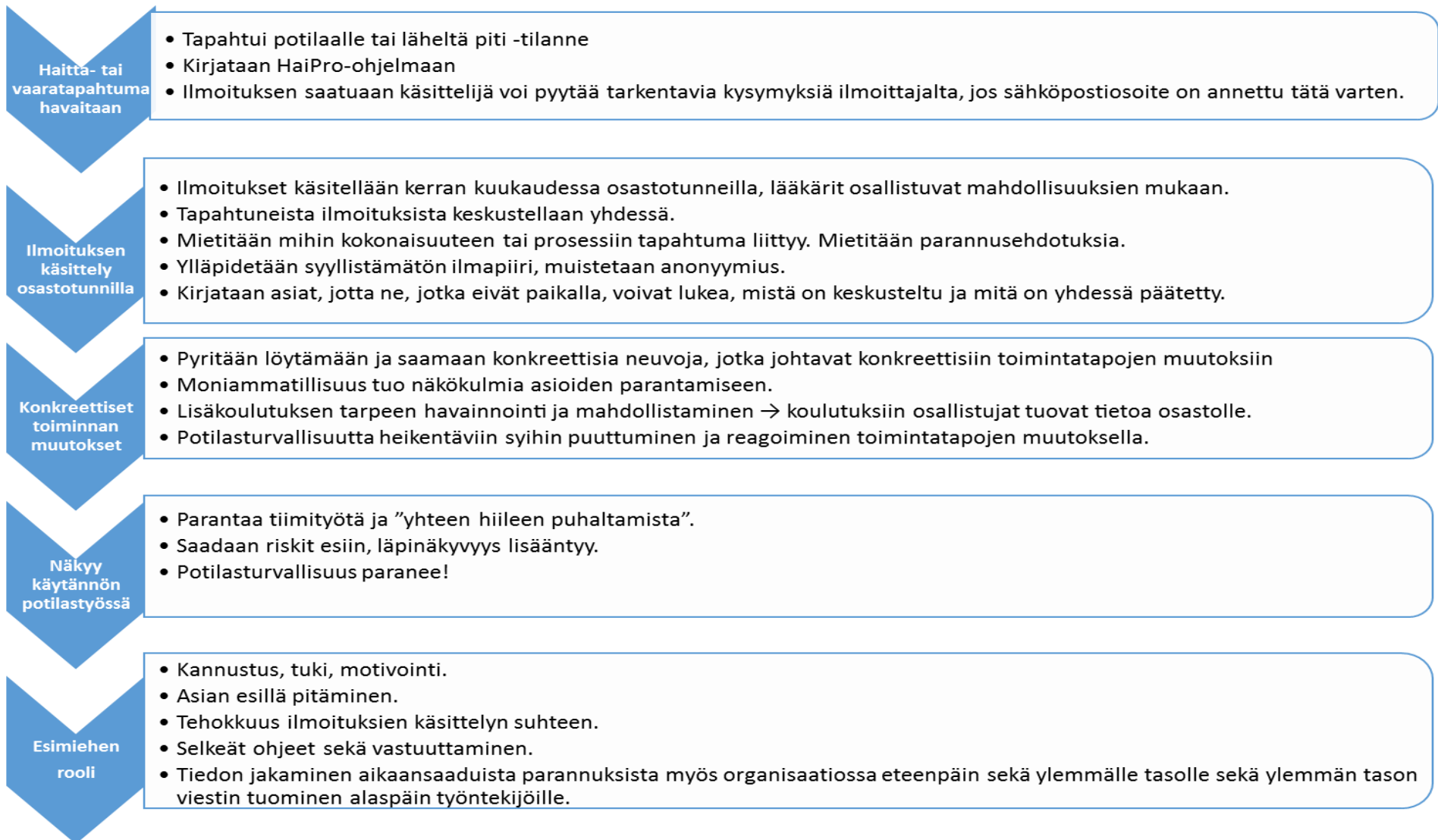
SISÄLLÖNANALYYSI TUPLATIIMIMENETelmäSTÄ

Tutkimuskysymys	Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääloukka
Mitä huonoa HaiPro-ilmoituksien tekemisessä?	<p>”Pelko, ettei johda mihinkään.”</p> <p>”Käytäntö/todellisuus ei kohtaa paranehdotuksien kanssa.”</p> <p>”Kaikki eivät koe yhtä tärkeäksi.”</p> <p>”Johtaako konkreettisiin muutoksiin/asioihin?”</p> <p>”Kiire/aikapula → ilmoituksien täyttäminen jää, vaatii keskittymistä.”</p>	<p>Ei johda mihinkään, kaikille ei yhtä tärkeä asia.</p> <p>Ei aina aikaa tehdä ilmoituksia.</p>	<p>Ei koeta vaikuttavan suoraan potilastyöhön.</p>	<p>Vaikutus ja yhteys potilastyöhön niukkaa.</p>

SISÄLLÖNANALYYSI TUPLATIIMIMENETelmäSTÄ

Tutkimuskysymys	Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääloukka
Mitä kehittäisit HaiPro-ilmoituksien tekemisessä?	<p>”Työilmapiiri sellainen, että kannustaa ja motivoi tekemään ilmoituksia.”</p> <p>”Konkreettisuus → epäkohtiin puuttuminen ilmoituksien pohjalta esille tulleisiin ongelmiin.”</p> <p>”Tehokas käsittely, parannusehdotukset hoitokäytäntöihin selkeitä.”</p> <p>”Asian ylläpitäminen, pidetään ilmapiiri rohkaisevana ja luottamuksellisena.”</p> <p>”Yksinkertaisempi ja helppotäytöisempi lomake.”</p>	<p>Kannustus ja motivointi ilmoituksien tekoon.</p> <p>Konkreettisuus esiin ilmoituksien myötä.</p> <p>Tehokkuutta käsittelyyn.</p> <p>Lomakkeen käytön helppous.</p>	<p>Esimiehen rooli potilasturvallisuustyössä.</p> <p>Ratkaisujen etsiminen yhdessä.</p> <p>Syihin puuttuminen ja niihin reagoiminen.</p>	<p>Selkeät ohjeet ja vastuuttaminen.</p> <p>Organisaation tasolla muutokset näkyvämpiä (vrt. oppiva organisaatio).</p>

LIITE 5. TOIMINTAMALLI HaiPro-ILMOITUSTEN KÄSITTELYYN



LIITE 6. TOIMINTAMALLI HaiPro-ILMOITUSTEN KÄSITTELIJÄLLE

Toimintaohje HaiPro-ilmoitusten käsittelijälle

- Kannusta ja motivoi HaiPro-ilmoitusten tekemisessä, luo myönteinen ilmapiiri. Kannusta ja motivoi myös mahdollisesti muuttuneisiin toimintatapoihin.
- Konkretian tuominen arkeen → tuo tietoa henkilöstölle ylemmältä taholta aiheesta.
- Puutu tarvittaessa ilmoituksien pohjalta esiin nousseisiin epäkohtiin.
- Tehokkuus ilmoituksien käsittelyssä → esitä tarpeen mukaan tarkentavia kysymyksiä, jos ilmoittaja on jättänyt sähköpostiosoitteensa sitä varten.
- Käsittele ilmoitukset saman tien, kun saat ne.
- Ylläpidä luottamuksellisuutta.
- Pidä mielessä koulutustarve/asiantuntijavierailut ja -luennot ilmoitusten perusteella.
- Hoitoketjun arvioiminen säännöllisesti ilmoituksiin peilaten → hyödynnä osaamisalueiden vastuuhoitajia.
- Tehdyistä kehittämistoimista tiedotetaan riittävästi → osastotunnit, osastotuntimuistiot, suullinen tiedottaminen.
- Osallista kehittämistyöhön henkilöstöä mukaan → esimerkiksi osaamisalueiden vastuuhoitajat.
- Moniammatillisuus → pyydä kehittämisideoita myös muilta hoitoon osallistuvilta (mm. lääkärit, fysioterapeutit, farmaseutit).
- Kehittämisvastuu esimiehellä → pidä kirjaa tehdyistä toimenpiteistä ja tiedota niistä henkilöstöä.
- Organisaation tasolla esimiehet/potilasturvallisuusvastaavat yhteistyöhön enemmän → muilta oppiminen, hyvien käytänteiden jakaminen.



Potilasturvallisuus on prosessi, jota kehittämässä ovat kaikki yhdessä
ja josta otetaan opiksi koko organisaatiossa.