

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2011

Suvi Leino, Eveliina Mäki ja Anna Pelkonen

HAIPRON KÄYTTÖ JA VAARATAPAHTUMAT TURUN SISÄTAUTISAIRAALASSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Toukokuu 2011 | 53 sivua + 16 liitesivua

Suvi Leino, Eveliina Mäki ja Anna Pelkonen

HAIPRON KÄYTTÖ JA VAARATAPAHTUMAT TURUN SISÄTAUTISAIRAALASSA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Turun sisätautisairaalan osastojen ja poliklinikan hoitajien HaiPro-osaamista ja ilmoittamisaktiivisuutta sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi tutkittiin vaaratapahtumien luonnetta. Työ oli osa Turun sosiaali- ja terveystoimen Hoitotyön dokumentointi -projektia, jonka tavoitteena on jalkauttaa rakenteinen kirjaamismalli käytännön hoitotyöhön.

Aineisto kerättiin tammikuussa 2011 ja kysely toteutettiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla. Kysely tehtiin sisätautisairaalan osastoille ja poliklinikalle. Kyselyyn vastasi 40 hoitajaa ja vastausprosentiksi muodostui 30 %. Kerätty aineisto analysoitiin PASW 18 -ohjelman avulla.

Suurin osa osastojen ja poliklinikan hoitajista ei osannut käyttää HaiPro-ohjelmaa. Hoitajat, jotka olivat käyttäneet ohjelmaa, kokivat sen helppokäyttöiseksi. HaiPron käytöstä ei koettu seuranneen juurikaan muutoksia. Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavia tekijöitä löytyi monia. Tavallisin vaaratapahtuman aiheuttaja oli kiire. Yleisimmäksi vaaratapahtumaksi hoitajat arvioivat kuitenkin potilaan kaatumisen/putoamisen. Vaaratapahtumien ilmoittamisaktiivisuudessa oli vaihtelua, mutta pääosin ilmoittaminen oli vähäistä. Lääkehoitoon liittyvistä virheistä tehtiin eniten ilmoituksia. Ilmoittamisaktiivisuuteen vaikutti eniten ajanpuute ja ilmoittamisen työläys. Tuloksista ilmeni, että raportointia edistäisi muun muassa HaiPro-ohjelmaan liittyvä lisäkoulutus.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että HaiPron käyttöaktiivisuutta tulisi selvästi lisätä. Tähän voidaan vaikuttaa oppimalla tunnistamaan vaaratapahtumia ja järjestämällä hoitajille lisäkoulutusta. Tällä tavoin pystytään parantamaan potilasturvallisuutta. Jatkossa olisi hyvä selvittää hoitajien asenteen vaikutusta HaiPron käyttöön, koska se ei tässä tutkimuksessa selvinnyt. Laajempaa tutkimusta HaiPron käytöstä olisi myös hyvä tehdä, jotta saataisiin kokonaisvaltainen käsitys sen käytön toteutumisesta terveydenhuollon yksiköissä.

ASIASANAT: HaiPro, potilasturvallisuus, vaaratapahtuma, raportointi, sisätautisairaala, sairaanhoitaja, perus-/lähihoitaja

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Suvi Leino, Eveliina Mäki and Anna Pelkonen

USE OF HAIPRO AND ADVERSE EVENTS IN TURKU INTERNAL DISEASES HOSPITAL

The purpose of this thesis was to establish the HaiPro-program competence of healthcare personnel in wards and outpatient department of Turku Internal Diseases Hospital. Also reporting activity and factors that affect it were investigated. In addition the nature of adverse events was explored. The research was a part of the Turku Municipal Social Services and Health Care Department's Nursing Documentation -project. The aim of the project is to bring structured documentation model to practical nursing.

Material for the study was collected in January 2011. Survey was implemented with a structured questionnaire. 40 employees in wards and outpatient department of Turku Internal Diseases Hospital took part in the study. Response rate was 30 %. Material was analyzed with PASW 18 -program.

Most of the healthcare personnel did not know how to use HaiPro. Those who had used the program found it easy to use. The use of HaiPro did not bring changes in opinion of answerers. Many things can cause adverse events and hurry was the most common cause. Healthcare personnel estimated that the most common adverse event is falling over. Reporting activity varied, but mostly it was rare. Most reports were made regarding medication errors. Lack of time and arduous reporting affected the most in reporting activity. Results showed that further training of HaiPro would increase reporting activity.

Based on the results can be noted that the usage of HaiPro should be increased. To reach this goal, adverse events should be recognized properly and education should be offered. This way patient safety can be improved. In the future the effect of healthcare personnel's attitudes towards HaiPro-program usage could be researched because this study did not reveal it. Further research about the use of HaiPro should be made to get a comprehensive view about its usage in healthcare.

Key words: HaiPro-program, patient safety, adverse event, reporting, Hospital of Internal Diseases, nurse, practical nurse

SISÄLTÖ

JOHDANTO	6
1 POTILASTURVALLISUUS JA VAARATAPAHTUMAT SISÄTAUTIPOTILAAN HOIDOSSA	8
1.1 Potilasturvallisuus	8
1.2 Vaaratapahtumat sisätautipotilaan hoidossa	9
1.3 Vaaratapahtumien syitä	11
1.4 Lääkityspoikkeamat	13
2 HAIPRO – AVAIN VAARATAPAHTUMISTA OPPIMISEEN	15
2.1 HaiPron tarkoitus ja tehtävä	15
2.2 Vaaratapahtuman raportointiprosessin vaiheet	18
2.3 Aikaisempia kokemuksia HaiProsta	19
3 VAARATAPAHTUMIEN RAPORTOINTIIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	21
3.1 Raportointia edistävät tekijät	21
3.2 Raportointia estävät tekijät	23
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	25
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	25
5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineisto	25
5.2 Tutkimuksessa käytetty mittari	26
5.3 Aineiston keruu	27
5.4 Aineiston analyysi	27
6 TUTKIMUSTULOKSET	28
6.1 Vastaajien taustatiedot	28
6.2 Vaaratapahtumat ja niiden ilmoittaminen	31
6.3 Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat tekijät	32

6.4	HaiPron käytöstä seuranneet muutokset	33
6.5	HaiPro hoitajien kokemana	34
6.6	Ilmoittamista estävät ja edistävät tekijät	35
7	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	37
7.1	Tutkimuksen eettisyys	37
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	39
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	42
8.1	HaiPron käyttövaikeudet eivät syynä osaamattomuuteen	42
8.2	Vaaratapahtumien taustalla monenlaisia syitä	43
8.3	Vaaratapahtumat – tunnistaminen ja ilmoittaminen vähäistä	44
8.4	Raportointiaktiivisuuteen liittyvät tekijät	46
8.5	HaiPron käytön seuraukset	49
8.6	Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotuksia	49
	LÄHTEET	51
	LIITTEET	
	Liite 1. Saatekirje ja kyselylomake	
	Liite 2. Liitetaulukot	
	KUVIOT	
	Kuvio 1. Työvuodet luokiteltuna	30
	TAULUKOT	
	Taulukko 1. Vastaajien taustatietoja	29
	Taulukko 2. Vastaajien ikä luokiteltuna	29
	Taulukko 3. Tehtyjen HaiPro-ilmoitusten määrä viimeisen vuoden aikana	30
	Taulukko 4. Vaaratapahtumien yleisyys	31
	Taulukko 5. Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat tekijät	33
	Taulukko 6. Osaan käyttää HaiProa	35
	Taulukko 7. Ilmoittamatta jättämisen syyt	36
	Taulukko 8. Ilmoittamista edistävät tekijät	37

JOHDANTO

HaiPro eli haittatapahtumien raportointiprosessi on terveydenhuollon apuväline vaaratapahtumista oppimiseen. Vaaratapahtumien raportoinnilla pyritään potilasturvallisuuden parantamiseen käsittelemällä vaaratilanteet ja saamalla oppimisen kautta aikaan muutoksia. Pelkkä raportointijärjestelmän käyttö ei täysin riitä, vaan yksiköissä olisi hyvä seurata ja arvioida järjestelmän toimivuutta ja sen tuomia muutoksia potilasturvallisuuden parantumiseksi. (Kinnunen 2009, 117,121,136.)

Suomessa laadittiin vuosille 2009-2013 potilasturvallisuusstrategia, jonka yhtenä tavoitteena on vaaratapahtumista raportoiminen ja niistä oppiminen (Snellman 2009, 35). Uudessa terveydenhuoltolaissa, joka tulee voimaan toukokuussa 2011, potilasturvallisuus on vahvasti esillä. Laissa määrätään, että toimintayksiköiden tulee laatia suunnitelma potilasturvallisuuden toteuttamisesta ja laadunhallinnasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää HaiPro-ohjelman käytön osaamista ja ilmoittamisaktiivisuutta Turun sisätautisairaalan osastoilla ja poliklinikalla. Lisäksi kartoitetaan, minkälaisia vaaratapahtumia osastoilla ja poliklinikalla esiintyy ja mitkä tekijät vaikuttavat niiden syntyyn. Tutkimuksessa perehdytään myös ilmoittamisaktiivisuuteen vaikuttaviin tekijöihin. Tätä aihetta on tärkeä tutkia, koska HaiPro-ohjelma on melko uusi ja sen käytön toteutumista ja seurauksia työyksiköissä ei ole juurikaan selvitetty.

Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa HaiPron käyttöaktiivisuudesta, jotta ohjelman käyttöä voidaan tehostaa. Lisäksi tutkimuksella pyritään lisäämään tietoisuutta vaaratapahtumista ja herättää ajattelemaan potilasturvallisuutta. Tieto on arvokasta koko organisaatiolle, jotta mahdollisiin ongelmakohtiin voidaan puuttua ja siten kehittää toimintatapoja.

Työ on osa Turun sosiaali- ja terveystoimen Hoitotyön dokumentointi -projektia (HoiDok), jonka tarkoituksena on jalkauttaa valtakunnallinen rakenteinen kirjaamismalli työyksiköihin. Riittämätön kirjaaminen on este potilasturvallisuuden toteutumiselle ja uudella kirjaamismallilla pyritäänkin aukottomaan tiedonkulkuun, mikä parantaisi potilasturvallisuutta.

1 POTILASTURVALLISUUS JA VAARATAPAHTUMAT SISÄTAUTIPOTILAAN HOIDOSSA

1.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on laadukkaan hoidon keskeinen osatekijä. Monien maiden tutkimukset osoittavat, että 5-10 prosenttia sairaalaan tulevista potilaista kokee jonkinasteisen hoitoon liittyvän haittatapahtuman. Haittatapahtumat aiheuttavat potilaille ja heidän läheisilleen kärsimystä, hoitoajan pidentymistä ja samalla terveydenhuollon kustannukset lisääntyvät. Potilasturvallisuutta on pyritty parantamaan erilaisin hankkein ja se on ollut esillä EU:n komission terveyspalveluja ja sairaanhoitoa koskevassa ryhmässä. Suomi on mukana muun muassa Euroopan Unionin Patient Safety Network -hankkeessa, jossa pyritään parantamaan potilasturvallisuutta ja hoidon laatua luomalla yhdessä hyviä hoitokäytäntöjä. (Snellman 2009, 29–31.)

Potilasturvallisuutta käsitellään Suomen lainsäädännössä vain välillisesti. Perustuslain 19. pykälässä sanotaan, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle henkilölle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä (Suomen perustuslaki, 1999). Uudessa terveydenhuoltolaissa, joka tulee voimaan toukokuussa 2011, potilasturvallisuus on voimakkaasti esillä. Tässä laissa määrätään, että toimintayksiköiden tulee laatia suunnitelma potilasturvallisuuden toteuttamisesta ja laadunhallinnasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010.)

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö tekee työtä sen eteen, että suomalainen potilasturvallisuus saataisiin eurooppalaiset vaatimukset täyttävälle tasolle. Näihin vaatimuksiin sisältyy esimerkiksi, että potilasturvallisuuden tulisi olla osa terveydenhuollon päivittäistä laadunhallintaa.

Vuonna 2005 käynnistyneen potilasturvallisuushankkeen tarkoituksena on muun muassa saada potilaat mukaan potilasturvallisuuden kehittämiseen, parantaa ammattihenkilöiden taitoja ehkäistä haittatapahtumia ja luoda haittatapahtumien raportointi- ja seurantamenettely. Hankkeen ohjausryhmä laati potilasturvallisuusstrategian vuosiksi 2009–2013. Strategian tarkoituksena on edistää yhtenäisen potilasturvallisuuskulttuurin muodostumista ja turvallisen sekä tuloksellisen hoidon toteutumista. Potilasturvallisuusstrategian yhtenä tavoitteena on vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen. (Snellman 2009, 33–35.)

1.2 Vaaratapahtumat sisätautipotilaan hoidossa

Vaaratapahtumalla tarkoitetaan tapahtumaa, joka vaarantaa potilaan turvallisuuden. Vaaratapahtumiin kuuluu läheltä piti -tapahtumat, joissa haitoilta ja potilaan vahingoilta vältytään. Haittatapahtuma on puolestaan vaaratapahtuma, josta on aiheutunut potilaalle haittaa. Haitta on tilapäinen tai pysyvä vaikutus potilaaseen ja se voi olla fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, emotionaalinen tai taloudellinen. Potilasvahinko on hoidon yhteydessä potilaalle aiheutunut henkilövahinko, joka voi olla sairaus, vamma, terveydentilan heikentyminen tai kuolema. (Knuutila ym. 2007, 8.)

Yksi tapa luokitella vaaratapahtumia on jakaa ne ihmisen toiminnasta ja organisaation puutteista johtuviin vaaratapahtumiin. Vaaratapahtumat aiheutuvat yleensä riittämättömistä hoitohenkilökuntaresursseista tai turvattomasta hoitoympäristöstä. Potilaan turvallisuus vaarantuu, kun hoitajia on liian vähän tai he joutuvat siirtymään kiireellisempiin tehtäviin. (Yli-Villamo 2008, 43.) Toinen tapa luokitella vaaratapahtumia on jakaa ne kahteen pääluokkaan: suorat ja epäsuorat vaaratapahtumat. Suorilla vaaratapahtumilla tarkoitetaan vahingon aiheutumista hoitajan toimesta suoraan potilaalle eli hoitaja tekee hoitovirheen. Epäsuorat vaaratapahtumat ovat hoitoympäristön

puutteellisuudesta tai toimimattomuudesta aiheutuneet haitat potilaalle. (Brady ym. 2009b, 156.)

Vaaratapahtumia aiheutuu paljon ja erityisesti suuri potilasmäärä hoitajaa kohden edesauttaa niiden syntymistä. Yleisimmin esiintyneitä vaaratapahtumia ovat potilaan kaatuminen ja putoaminen. Toimenpiteet ja lääkehoito ovat hoitotyön osa-alueita, joissa esiintyy paljon vaaratapahtumia. Yleisiä vaaratapahtumia ovat myös sairaalainfektio ja painehaava. (Partanen ym. 2005, 35–37; Brady ym.2009b, 157.) Jos hoitajat laiminlyövät varotoimia tai käyttäytyvät sopimattomasti, voi potilaaseen kohdistua haittaa. Esimerkiksi väärän veriyksikön tiputtaminen potilaalle aiheuttaa vakavan vaaratilanteen. (Yli-Villamo 2008, 37–42.) Vaaratapahtuma saattaa aiheutua myös, mikäli laboratorioarvoja ei seurata tarkasti ja poikkeaviin tuloksiin ei puututa. Esimerkiksi jos potilaan aivo-selkäydinnesteenäytteestä löytyy aivokalvontulehdukseen sopiva löydös eikä sitä huomata, on potilaan hoito silloin riittämätöntä. (Keistinen ym. 2008, 3787.) Bradyn ym. (2009b, 157) mukaan vaaratapahtumia aiheutuu paljon potilaan kotiutuksen, siirtojen ja tunnistamisen sekä hoitajien kirjaamisen yhteydessä. Virheitä ei tapahdu pelkästään hoitajille vaan niitä voi sattua myös lääkäreille, esimerkiksi diagnosoinnissa, röntgenkuvien tulkinnassa tai tutkimusten suorittamisessa.

Yli-Villamo (2008, 37–42) toteaa, että henkilökunnan lisäksi potilaat itse aiheuttavat vaaratapahtumia. Potilas voi esimerkiksi karata tai kadota osastolta. Vaaratapahtuma voi kohdistua potilaan itsensä lisäksi toisiin potilaisiin tai henkilökuntaan. Erityisesti päihteiden vaikutuksenalaiset potilaat ovat vaaraksi muille osastolla oleville. Toisiin potilaisiin kohdistuneet vaaratapahtumat sisältävät usein joko fyysistä tai henkistä väkivaltaa.

1.3 Vaaratapahtumien syitä

Kun halutaan ymmärtää vaaratapahtumien taustatekijöitä, ne voidaan jakaa lääkkeelliseen, sosiaaliseen, psykologiseen ja laadun parantamisen näkökulmaan. Tietoa lääkkeistä ja niiden vaikutuksista ei tunneta täysin, koska tiede ei tarjoa kaikkea tarvittavaa tietoa lääkkeistä ja sitä ei aina osata käyttää. Sosiaalisesta näkökulmasta katsottuna virheet aiheutuvat ennemminkin laitevirheistä kuin ihmisen toiminnasta. Psykologisen näkökulman mukaan haittatapahtumien synty liittyy hoitajien käyttäytymiseen, motivaatioon ja oppimiseen. (Brady ym. 2009b, 156–157.) Esimerkiksi itsenäisesti tehdyt päätökset ja sovittujen toimintaohjeiden laiminlyönti voivat olla vaaratapahtuman takana. Henkilökohtaiset lipsahdukset ja erehdykset koetaan osasyiksi. (Sorra ym. 2008, 1937.) Viimeisenä laadun parantamisohjelmat ovat tärkeässä roolissa auttamassa vähentämään ja tunnistamaan haittatapahtumia. (Brady ym. 2009b, 156–157).

Hoitovirheiden syntyyn vaikuttavat monet tekijät. Kiirettä pidetään sairaanhoitajien keskuudessa yhtenä tärkeimpänä syynä hoitovirheiden syntyyn (Koivunen ym. 2007, 12; Partanen ym. 2005, 37). Sorra ym. (2008, 1937) toteavatkin, että paine tehdä työt nopeasti altistaa hoitovirheille. Kiireeseen on läheisessä yhteydessä liian vähäinen henkilökuntamäärä (Koivunen ym. 2007, 12). Yli-Villamo (2008, 32–34) huomauttaa, että erityisesti ilta- ja yövuoroissa on usein liian vähän hoitajia työmäärään nähden. Potilaita on myös paljon ylipaikoilla, jolloin yhden hoitajan vastuualue kasvaa tavallista suuremmaksi ja riskit lisääntyvät (Partanen ym. 2005, 37; Yli-Villamo 2008, 32–34). Esimerkiksi tällaisessa tilanteessa potilaita voidaan kotiuttaa liian aikaisin, jolloin riski vaaratapahtumaan lisääntyy (Croke 2003, 55). Sen lisäksi, mitä vaativampia potilaat ovat hoidollisesti, sitä suurempi on riski vaaratapahtumaan (Partanen ym. 2005, 37; Yli-Villamo 2008, 32–34). Croke (2003, 55) ja Sorra ym. (2008, 1937) kiteyttävät, että vaaratapahtumiin siis vaikuttaa merkittävästi hoitajapula ja siihen liittyvä yhden hoitajan suurempi vastuu potilaan turvallisuudesta.

Koivusen ym. (2007, 12) mukaan hoitovirheiden syntymistä edesauttaa, jos hoitajille ei ole järjestetty tarpeeksi työpaikkakoulutusta ja perehdytystä. Erityisesti kokematon henkilökunta ei saa tarpeeksi tukea työhönsä. Sorra ym. (2008, 1937) korostavat, että toisista työyksiköistä tulevien hoitajien tietämättömyys ja ymmärtämättömyys osaston toimintatavoista edistävät haittatapahtumien syntyä. Toisaalta Koivunen ym. (2007, 12) huomauttavat, että osa sairaanhoitajista on sitä mieltä, että ohjeet työpaikalla ovat epäselviä tai puuttuvat kokonaan. Sijaisten runsasta määrää pidetään myös syynä vaaratapahtumiin (Partanen ym. 2005, 37). Asioiden delegointi hoitajille, jotka eivät ole vielä valmiita sairaanhoitajia, lisää vahinkojen aiheutumista (Croke 2003, 55). Yli-Villamo (2008, 32–34) toteaaakin, että ammattitaidottomuutta esimerkiksi lääkehoidon osaamisessa pidetään esteenä potilasturvallisuuden toteutumiselle. Ammattitaidottomuus voi ilmetä juuri kokemattomuutena tai motivaation puutteena. Partanen ym. (2005, 37) nostavat esiin myös, että hoitajien huono asenne työtä ja potilaita kohtaan voi aiheuttaa vaaratapahtuman.

Yli-Villamon (2008, 32–34) mukaan hoitoympäristö voi myötävaikuttaa vaaratapahtumien syntyyn, jos hoitajalla ei esimerkiksi ole välitöntä näköyhteyttä potilaaseen verhojen takia. Partanen ym. (2005, 37) toteavatkin, että virheiden aiheutumista edesauttaa tilojen ahtaus ja puutteellisuus. Teknologian nopea kehittyminen vaikuttaa vaaratapahtumien lisääntymiseen, kun hoitajat eivät pysy ajan tasalla kaikista laitteista ja niiden toiminnoista (Croke 2003, 55). Hoitoympäristöön liittyvät myös häiriöt, kuten kesken työn teon tullut puhelu, joka voi olla vaaratapahtuman taustalla (Sorra ym. 2008, 1937).

1.4 Lääkityspoikkeamat

Sisätautipotilaan hoidossa korostuu lääkehoito, sen toteutus ja tarkkailu (Holmia ym. 2008, 14–15). Lääkityspoikkeama on lääkehoitoon liittyvä tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Se voi johtua tekemisestä tai tekemättä jättämisestä. Lääkevirhe tarkoittaa samaa kuin lääkityspoikkeama, mutta on sisällöllisesti suppeampi. (Knuutila ym. 2007, 7.) Lääkevirheitä tapahtuu paljon ja vaaratapahtuma voi syntyä, jos lääke säilytetään, määrätään, käsitellään, laimennetaan tai annetaan väärin. Tiedon puute lääkkeistä aiheuttaa myös helposti vaaratilanteen ja mahdollisen haittatapahtuman. (Yli-Villamo 2008, 37–42.) Lääkityspoikkeaman taustalla voi olla esimerkiksi hoitajan laskuvirhe tai henkilöstön ylikuormitus (Brady ym. 2009a, 680–681, 693.).

Bradyn ym. (2009a, 692) mukaan suullisen ja kirjallisen vuorovaikutuksen onnistuminen on tärkeää, ettei lääkkeiden määräysvirheitä pääsisi syntymään. Vuorovaikutus on usein lääkärin ja hoitajan välistä. Esimerkiksi huolimattomat määräykset, lääkärin epäselvä käsiala ja lääkkeiden nimien samankaltaisuus voivat vaikeuttaa määräysten ymmärtämistä ja johtavat sitä kautta lääkityspoikkeamiin. Huolellinen kuunteleminen on ensiarvoisen tärkeää erityisesti suullista määräystä vastaanottaessa.

Lääkitykseen liittyvät poikkeamat ovat yksi merkittävimmistä potilaan turvallisuutta uhkaavista tekijöistä. Lääkevirhe voi tapahtua eri kohdissa lääkkeiden käsittelyä, esimerkiksi lääkkeiden jaossa tai annettaessa lääke potilaalle. Lääkkeiden jaossa on monta kohtaa, jotka ovat herkkiä lääkevirheiden synnylle. Jos kaksi hoitajaa tarkastaa lääkkeet, se lisää lääketurvallisuutta. Samoin yhtenäiset lääkkeidenjakokäytännöt parantavat lääketurvallisuutta. Lääkkeiden jaossa lääkevirheiden syntyä edistävät muun muassa keskeytykset, häiriötekijät ja huono työympäristö. Potilaalle lääkettä annettaessa virhe voi tapahtua potilaan tunnistamisessa, lääkkeen annon

ajoituksessa, lääkkeen tai antotavan ollessa väärä. (Brady ym. 2009a, 680-681, 691, 693.)

Brady ym. (2009a, 691–692) toteavat, että lääkityspoikkeamien taustalla voi olla hoitohenkilökuntaan liittyviä syitä: lääkehoidon laiminlyönti tai välinpitämättömyys sitä kohtaan, liian suuri työmäärä tai uusi työntekijä. On tutkittu, että mitä suurempi työn kuormitus on, sitä suurempi riski on lääkevirheeseen. Jos hoitaja ei tunne lääkettä tai ymmärrä sen vaikutuksia, riski vaaratapahtumaan kasvaa. Tärkeää olisikin lisätä hoitajien tietämystä lääkkeistä, jotta lääkityspoikkeamat vähenisivät. Hoitajien lääkelaskutaidot ovat kansainvälinen ongelma. Lääkelaskuvirheet johtavat useissa tapauksissa lääkityspoikkeamiin.

Potilas voi aiheuttaa lääkityspoikkeaman, jos hän itse annostelee lääkkeensä. Esimerkkitapaus tällaisesta voi olla insuliinihoitoista diabetesta sairastava potilas. Jos potilas ei kiireessä huomaa mitata verensokeriaan ja annostelee insuliinin totutulla annoksella, tämä saattaa johtaa potilaan hypoglykemiaan. Tästä voi aiheutua potilaalle vakavia oireita. (Field ym. 2007, 272.) Potilas saattaa myös muistaa kotilääkityksensä väärin osastolle tullessaan tai tuoda mukanaan vanhentuneen lääkelistan, jonka mukaan potilasta aletaan sairaalassa lääkittää. Tuolloin lääkitys on virheellinen ja aiheuttaa vaaratapahtuman potilaalle. (Keistinen ym. 2008, 3787.)

Jotta lääkityspoikkeamia voitaisiin vähentää, tulisi kiinnittää huomiota sekä yleisiin käytänteisiin että yksilöllisiin tekijöihin. Lääkityspoikkeamien vähentäminen tulisi liittää osaksi terveystieteitä ja laadun sekä riskien hallintaan. Yksilötasolla jokaisen hoitajan tulisi varmistaa, että hänen lääkehoito-osaamisensa olisi ajan tasalla. Lääkehoidon tulisi olla tärkeä osa sairaanhoitajan opintoja ja jatko-opintoja. Säännöllinen lääkehoidon osa-alueiden arviointi mahdollistaa muutosten teon esimerkiksi toimintatapojen yksinkertaistamisen ja tarkastamisen kautta. (Brady ym. 2009a, 694.) Osastolla tapahtuvia haittoja pystyttäisiin vähentämään, mikäli hoitajat tarkistaisivat

lääkkeet huolellisemmin ja useampaan kertaan. Lääkkeiden tarkistamista vastaan ovat hoitajat, jotka eivät ole yhtä motivoituneita työhönsä kuin muut. Tarkkaavaisuus ei ole ainoa asia, vaan myös epäjärjestyksessä olevat lääkekärryt, epäselvät pakkausmerkinnät ja sekavat värikoodit aiheuttavat vaaratilanteita. Kiinnittämällä huomio näihin ongelmiin, pystyttäisiin parantamaan lääkehoidon turvallisuutta. (Anderson & Webster 2001, 40.) Lääkevirheiden raportointi on melko vähäistä, mikä vaikeuttaa virheistä oppimista. Lääkityspoikkeamien raportoinnin avulla työyhteisö saisi arvokasta tietoa tekijöistä jotka edesauttoivat lääkevirheen syntyä ja sitä kautta oppiminen olisi mahdollista. (Brady ym. 2009a, 680–681, 693.)

2 HAIPRO – AVAIN VAARATAPAHTUMISTA OPPIMISEEN

HaiPro - vaaratapahtumien raportointimalli on tietotekninen työkalu, joka on käytössä yli 50 sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä (HaiPro 2011). Lääkelaitos ja Valtion teknillinen tutkimuskeskus kehittivät sen tutkimushankkeenaan, jossa olivat mukana myös Peijaksen sairaala, Tampereen lääkärikeskus Oy ja Tampereen yliopistollisen keskussairaalan sydänkeskus. Tutkimushanke käynnistyi vuonna 2005. (Knuuttila ym. 2007, 4.)

2.1 HaiPron tarkoitus ja tehtävä

HaiPro eli haittatapahtumien raportointiprosessi on ohjelma, jonka käytön tarkoituksena on oppia terveydenhuollossa tapahtuneista virheistä sekä kehittää yksiköiden toimintatapoja niin, etteivät virheet toistuisi (Kinnunen 2009, 118). Raportoinnilla pyritään saamaan selville mahdollisimman kattavasti

vaaratilanteet ja -tapahtumat, joita työyksikössä esiintyy, niiden syntymisen estämiseksi. HaiPro sisältää poikkeamien raportoinnin, analysoinnin sekä kerätyn tiedon hyödyntämisen työyksikössä ja yleisesti terveydenhuollossa. HaiPron ensisijainen tavoite on parantaa potilasturvallisuutta, mutta samalla se parantaa myös henkilökunnan työturvallisuutta ja siten edistää työhyvinvointia. Aikaisempiin raportointijärjestelmiin verrattuna HaiProssa keskitytään myös tapahtumiin, jotka eivät ole aiheuttaneet vakavaa haittaa potilaalle tai haittaa ollenkaan, mikä tekee oppimisesta miellyttävämpää. (Knuutila ym. 2007, 10, 14,17.)

HaiPro-ohjelmaan ilmoitetaan vaaratapahtumat, poikkeamat, virheet ja läheltä piti -tilanteet, joita yksikössä tapahtuu. Poikkeamalla tarkoitetaan eri osa-alueilla ilmenevää suunnitellusta poikkeavaa tapahtumaa, joka voi johtaa vaaratapahtumaan tai siitä voi aiheutua potilaalle hyötyä. HaiPro-raportointijärjestelmä keskittyy hoidon toteuttamiseen, lääkitysturvallisuuteen ja laitteiden käyttöön liittyviin vaaratapahtumiin. Tapahtumien tunnistamisen helpottamiseksi tapahtumatyypit on luokiteltu pää- ja alaluokkiin. Tapahtumien pääluokat muodostuvat terveydenhuollon toimialueen, prosessivaiheen tai tehtävän mukaan. Alaluokat ovat poikkeamia, joista halutaan raportoida. Luokitusta voidaan muunnella työyksikön tarpeen mukaan niin, että jokainen käyttäjä voi poimia käyttöönsä poikkeamaluokat, jotka sopivat hänen toimialueeseensa. (Knuutila ym. 2007, 7-8, 41.)

HaiPro on kehitetty siten, että se olisi helppo ja nopea käyttää, koska sosiaali- ja terveysalalla kiire on jokapäiväistä. Ilmoituksen teko ja sen jatkokäsittely on pyritty myös tekemään nopeaksi. Ilmoittaja on henkilö, joka on havainnut vaaratapahtuman ja raportoi siitä HaiPron avulla. Ilmoittaja täyttää ilmoituslomakkeen, johon tulee tiedot: missä, milloin ja mitä tapahtui ja mitä siitä seurasi ja miten vaaratapahtuma olisi voitu välttää. Ilmoituksessa on vastausvaihtoehtoja, joista ilmoittaja valitsee parhaiten tapahtunutta kuvaavan ja kirjoittaa tapahtumakuvauksen. Olosuhteet ja työn tekemisen edellytykset on myös hyvä olla ilmoituksessa. Jos yksikössä ilmenee runsaasti samantyyppisiä

vaaratapahtumia, esimerkiksi tiedonkulkuongelmia, on syytä selvittää asiaa tarkemmin. Käsittelijällä tarkoitetaan henkilöä, joka on nimetty yksikön, esimerkiksi osaston käsittelijäksi. Hän saa ilmoituksen jokaisesta vastuualueellaan raportoidusta vaaratapahtumasta sähköpostiinsa. Käsittelijän tehtävänä on jatkoluokitella tulevat ilmoitukset, ehdottaa korjaavia toimia ja välittää palaute ilmoittajille. Osastoilla ja työyksiköissä on lisäksi potilasturvallisuusvastaava, joka seuraa vaaratapahtumien raportointiprosessia ja sen toimivuutta. Hän ottaa kantaa toiminnan kehittämiseen liittyviin toimenpide-ehdotuksiin, jos käsittelijän valtuudet eivät siihen riitä. Järjestelmän toimivuuden kannalta on tärkeää, että palaute ilmoittajalle ja työyhteisölle kulkee nopeasti. Ilmoittaja haluaa tietoa ilmoituksensa etenemisestä raportointiprosessissa. Työyhteisön tulisi käsitellä asiaa eri tasoilla, jotta tapahtuneesta oppiminen olisi mahdollista. (Knuuttila ym. 2007, 9, 16–17.)

HaiPron periaatteita ovat vapaaehtoisuus, rankaisemattomuus ja luottamuksellisuus. Raportoinnissa potilaan tai tapahtuneen aiheuttajan nimiä ei mainita, mutta raportoija käyttää ammattinimikettään. Tällä onkin pyritty madaltamaan ilmoituskynnystä. Vaaratapahtuminen raportointi on tapa kehittää yksikön toimintaa ja se perustuu vapaaehtoisuuteen. Raportoinnilla ei haeta syyllistä vaan keskitytään syiden selvittämiseen ja yksikön toiminnan kehittämiseen. HaiPro-mallin ajatuksena on, että ihminen voi erehtyä. Suomen lainsäädännön mukaan kuitenkin, jos potilas tai omainen tekee kantelun tai valituksen, voidaan tapahtumasta tätä kautta joutua antamaan rangaistus. Luottamuksellisuus vaaratapahtumien raportoinnissa tarkoittaa, että yksittäisiä ilmoituksia käsittelevät erikseen nimetyt henkilöt, mutta tietoa ei välitetä organisaation ulkopuolelle. (Knuuttila ym. 2007, 9,17.)

Ilmoitusten tekemisen ja niiden käsittelyn tulisi kehittää yksikön toimintaa, jotta niiden tekeminen olisi järkevää. HaiPro on muutakin kuin tietojärjestelmä, jonka avulla voidaan luoda tilastoja ja yhteenvetoja. HaiPron avulla työyksikössä voidaan löytää jo pidemmän aikaa piilleitä ongelmia. Tietyntyypisten haittatapahtumien, esimerkiksi lääkityspoikkeamien runsas esiintymisen tulisi

johtaa tarkempiin tarkasteluihin. Näiden taustalla voivat olla esimerkiksi puutteet työolosuhteissa. (Kinnunen ym. 2009, 117–118.)

2.2 Vaaratapahtuman raportointiprosessin vaiheet

Vaaratapahtumien raportointiprosessi voidaan jakaa osavaiheisiin: vaaratilanteen tunnistus, ilmoituksen teko, ilmoituksen vastaanotto, luokittelu ja analysointi, jatkotoimet sekä muutoksen seuranta ja arviointi. Raportointijärjestelmässä on tapahtumatyyppien luokitukset helpottamassa vaaratilanteen tunnistamista. Työyksikkö voi itse päättää, minkälaisia tapahtumia ilmoitetaan. Läheltä piti -tilanteet tulisi raportoida, koska niistä oppimalla voidaan ehkäistä vaaratapahtumien syntyminen tulevaisuudessa. (Kinnunen 2009, 124,126.)

Tunnistuksen jälkeen seuraava vaihe raportointiprosessissa on ilmoituksen teko, joka tapahtuu sähköisellä lomakkeella Internetissä. Lomakkeessa on valmiit vaihtoehdot, joista ilmoittaja valitsee kyseiseen vaaratapahtumaan sopivimman. Lisäksi lomakkeessa on kolme avointa kysymystä, joihin ilmoittaja kuvaa tapahtuman ja sen seuraukset, kertoo tapahtuman syntyyn vaikuttaneista tekijöistä, olosuhteista ja antaa mahdollisia kehittämisehdotuksia. Ilmoittaja saa tunnusluvun, jonka avulla hän pystyy jatkossa seuraamaan ilmoituksen etenemistä. (Kinnunen 2009, 124–126.)

Tämän jälkeen ilmoitus vastaanotetaan, luokitellaan ja analysoidaan. Käsittelijä saa tiedon ilmoituksesta sähköpostiinsa, jonka jälkeen hän luokittelee ja analysoi tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät. Käsittelijöinä voi toimia esimerkiksi osastonhoitaja ja lääkäri työparina. (Kinnunen 2009, 127.) Pelkästään ilmoitusten kerääminen ei riitä, vaan niiden käsittely ja analysointi ovat tärkeitä (Keistinen ym. 2008, 3787-3788).

Haittatapahtumien raportointiprosessin viimeiset vaiheet ovat tapahtumista saatavan tiedon hyödyntäminen ja mahdollisen muutoksen seuranta. Ilmoituksen seurauksena voidaan välittömästi tehdä muutos, mutta usein suoranaista korjaavaa toimenpidettä ei löydy (Kinnunen 2009, 127.) Käsittelijän tehtävänä on miettiä, miten tapahtuman synty voidaan jatkossa estää. Hän saa HaiPro-tietokannasta oman yksikkönsä tilastot ja kuvaajat kaikista lomakkeella luokitelluista tiedoista. Näiden tilastojen avulla myös ylemmät tasot voivat seurata muun muassa ilmoittamisaktiivisuutta, ilmoitettujen tapahtumien määrää, muutostoimenpiteitä ja niiden seurauksia. (Knuutila ym. 2007, 42, 46.) Koko työyhteisölle olisi aika ajoin hyvä tiedottaa järjestelmään tulleista ilmoituksista ja keskustella potilasturvallisuutta edistävästä ja sitä vaarantavista tekijöistä (Kinnunen 2009, 127).

2.3 Aikaisempia kokemuksia HaiProsta

HaiPron käyttöönottovaiheessa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että eniten virheitä sattuu lääkitykseen liittyen. Lääkityspoikkeamista suurimman ryhmän muodostavat lääkkeiden jaossa tapahtuneet virheet. (Ruuhilehto & Knuutila 2008, 30.) Pilotointivaiheessa ilmoitetut vaaratapahtumat vaihtelivat erikoisaloittain. Erikoissairaanhoidossa lääkityspoikkeamia oli eniten ja tiedonkulkuun liittyviä vaaratapahtumia toiseksi eniten ilmoitetuista haittatapahtumista. (Knuutila ym. 2007, 38.)

Haittatapahtumien raportointiprosessiin liittyvää palautetta on kerätty sen käyttöönoton jälkeen muun muassa HaiPro-käsittelijöiltä. Positiivisia kokemuksia järjestelmästä on sen helppo- ja nopeakäyttöisyys, käsittelyprosessin selkeys ja sen seurannan helppous. HaiPro herättää ajattelemaan potilasturvallisuutta, tukee asioiden puheeksiottamista, auttaa riskien tunnistamisessa ja nopeuttaa ratkaisujen tekoa. Myös asian

läpikäyminen ilmoituksen tekovaiheessa on koettu helpottavan asiasta toipumista. (Kinnunen 2009, 132; Ruuhilehto & Knuutila 2008, 44.)

Käyttöönottoaiheessa ongelmana koettiin oikean luokitusvaihtoehdon löytäminen, koska vaihtoehdot eivät tuntuneet sopivan omaan toimintaympäristöön. Käsittelijät kokivat haasteeksi työntekijöiden motivoimisen ilmoitusten tekemiseen. (Ruuhilehto & Knuutila 2008, 42–43, 46.) Onkin koettu tarpeelliseksi, että työyksiköissä olisi yhteyshenkilö, joka toimii innostajana ja mahdollisten epäluulojen vähentäjänä raportointia kohtaan (Keistinen ym. 2008, 3788). Hankaluuksia aiheuttivat myös puutteellisesti täytetyt ilmoitukset. Ilmoitusten huolellinen täyttäminen olisi tärkeää, jotta jatkokäsittely olisi nopeaa ja helppoa. Ohjelmaan pääsyn hankaluus ja sen ajoittainen toimimattomuus haittasivat ilmoitusten tekoa. Koettiin, että tarvitaan lisätietoa, minkälaisia tapahtumia HaiPro-ohjelmaan ilmoitetaan ja lisäkoulutusta. Lisäksi haluttiin tietoa, miten HaiPro on hyödyttänyt ja mitä seurauksia siitä on ollut. (Ruuhilehto & Knuutila 2008, 42–43, 46.) Haasteellisina asioina pidettiin toiminnan kehittämisen suunnittelua ja toteutusta sekä muutosten aikaansaamista, ettei raportointia pidettäisi vain tapana (Kinnunen 2009, 132).

Pilottivaiheen aikana HaiPron käytössä ilmeni ilmoitusaktiivisuuden vaihtelua, joten motivointia tarvitaan. Tärkeää on, että asioita otettaisiin työyksiköissä puheeksi ja siten saataisiin kaikki mukaan kehittämään työyksikön toimintaa niin, että vaaratapahtumilta vältyttäisiin. Vaasan sairaanhoitopiirissä ilmoituksista esiin tulleista asioista keskusteltiin osastotunneilla ja toimintatapoja kehitettiin aktiivisesti ja siten muun muassa potilashuoneiden järjestystä ja lääkkeidenjakotapoja muutettiin. Henkilökunnalla tulisi olla selkeät ohjeet eri tilanteisiin esimerkiksi lääkehoidon määräysvirhettä epäiltäessä. Myös uskallusta tuoda asiat esille tarvitaan. (Kinnunen 2009, 134–135.)

HaiPron käyttöönottoaiheessa ilmoitusten käsittelijöiltä kysyttiin, minkälaisia vaikutuksia HaiPron käyttöönotolla on ollut heidän työyhteisössään. Vastaukset olivat vaihtelevia. Osassa yksiköistä riskitietoisuus ja vaaratapahtumien

havaitseminen olivat lisääntyneet, toisissa yksiköissä taas ilmapiiri oli muuttunut avoimemmaksi ja aroistakin asioista oli opittu puhumaan. Konkreettisia parannus- ja muutostoimenpiteitä oli organisaatioissa tehty ilmoitusten pohjalta, muun muassa työohjeisiin, dokumentointiin ja viestintään liittyen. (Ruuhilehto & Knuutila 2008, 39–40.)

3 VAARATAPAHTUMIEN RAPORTOINTIIN LIITTYVÄT TEKIJÄT

Vaaratapahtumien raportoinnista on tehty paljon kansainvälisiä tutkimuksia. Tutkimuksissa (Chiang & Pepper 2006, Dunn 2003, Knight 2004, Koivunen ym. 2007, Leape 2000, Mrayaam ym. 2007, Ruuhilehto & Knuutila 2007, Sorra ym. 2008 ja Taylor 2004) on käsitelty hoitajien kokemuksia ja ajatuksia vaaratapahtumien raportoinnin toimivuudesta ja mitkä tekijät lisäävät ja mitkä vähentävät raportointiaktiivisuutta. Tutkimusten tuloksissa on nähtävissä yhteneväisyyksiä, mutta myös ristiriitaisuuksia. Raportointimenetelmät ja hoitokulttuuri eroavat selvästi toisistaan eri maiden välillä, minkä takia tutkimustulokset eivät ole täysin yhteneväisiä.

3.1 Raportointia edistävät tekijät

Tutkimuksissa korostuivat pääasiassa raportointia estävät tekijät. Edistäviä tekijöitä ei tutkimuksissa tuotu juurikaan esille, mutta toisaalta estävät tekijät voi kääntää edistäviksi tekijöiksi. Esimerkkinä estävästä tekijästä on ajan puute. Edistävänä tekijänä voidaan ajatella, että jos aikaa olisi tarpeeksi, raportointi helpottuisi.

Sorran ym. (2008, 1937–1938) mukaan virheiden raportointiin on yleisesti hyvin asennoiduttu. Työnantajat rohkaisevat hoitohenkilökuntaa ilmoittamaan vaaratapahtumista ja sen on koettu edesauttavan raportointia. Henkilökunta kokee hyödylliseksi, että tehtäisiin tapahtumaraportti tai kirjattaisiin ylös mahdolliset erehdykset, joita havaitaan. Suurin osa työntekijöistä ei välttele virheiden ylöskirjaamista. Lisäksi työntekijöiden olisi myös hyvä muistuttaa toinen toisiaan raportin tekemisestä. Enemmistö kokee raportoinnin positiivisena asiana. Huomattava vähemmistö tuntee ilmoittamisella olevan rankaisevia seurauksia.

Taylor ym. (2004, 733) ovat tutkineet hoitajien mielipiteitä haittatapahtumien raportointia lisäävistä tekijöistä ja selvittäneet, että todisteet raportoinnin vaikuttavuudesta edistäisivät sitä. Tieto lääkevirheistä, niiden yleisyydestä ja virheiden seurauksista koetaan lisäävän vaaratapahtumista raportointia. Kouluttamalla hoitohenkilökuntaa tunnistamaan vaaratapahtumia ja ymmärtämään, minkälaisia asioita ohjelmaan kuuluisi ilmoittaa, lisätään haittatapahtumien ilmoittamisaktiivisuutta. Pääasiassa lääkärit kokevat, että raportoinnin pakollistamisesta olisi hyötyä. Elektroninen raportointilomake edistäisi raportointia myös selvästi. Sorra ym. (2008, 1937–1938) lisäävät, että ilmoittajien määrä kasvaisi, jos ilmoitus tehtäisiin nimettömänä.

Raportoinnista on paljon hyötyä niin potilaille kuin hoitajillekin. Raportin tekeminen mahdollistaa syyn perinpohjaisen tutkimisen ja siten voidaan tehdä parannuksia esimerkiksi laitteisiin tai hoitokäytäntöihin. Raportointi kasvattaa myös sairaalan luotettavuutta, kun virheet myönnetään ja niistä opitaan. Raportointi hyödyttää hoitajia, koska se vähentää stressiä ja siitä saa tukea virheen tekemisen jälkeen. (Knight 2004, 25.)

3.2 Raportointia estävät tekijät

Yksi keskeisimmistä estävistä tekijöistä on pelko. Hoitohenkilökunnalla on monia pelon aiheita liittyen vaaratapahtumien raportointiin. Hoitajat pelkäävät erityisesti syylliseksi leimautumista (Dunn 2003, 58–60; Taylor ym. 2004, 732) ja merkintää henkilökohtaisiin tietoihinsa sekä mahdollisia oikeustoimia heitä vastaan (Dunn 2003, 58–60; Chiang & Pepper 2006, 395–396; Sorra ym. 2008, 1937–1938). Pelontunne yltyy, jos vahinko on aiheutunut huolimattomuudesta, josta tulisi aina ilmoittaa eteenpäin ja josta seuraisi rangaistus (Leape 2000, 145; Knight 2004, 25). Tutkimuksista on saatu myös risteäviä tuloksia. Esimerkiksi rangaistuksen pelko ja epäpäteväksi leimautumista ei pidetty Koivusen ym. (2007, 12–15) tutkimuksessa raportointia vähentävänä seikkana, kun taas Dunn'n (2003, 58–60) ja Leapen (2000, 145) tutkimuksissa ilmeni, että rangaistuksen pelko oli merkittävä syy virheiden ilmoittamatta jättämiseen. Hoitajat ja lääkärit ovat jo opiskeluajoilta oppineet, että terveydenhuollossa virheet voivat olla kohtalokkaita ja siksi he pyrkivät työssään täydellisyyteen. Tästä johtuen hoitajat ja lääkärit eivät aina myönnä itselleen eivätkä muille tehneensä virheitä. (Leape 2000, 145.) Tämän taustalla voi olla pelko maineen menetyksestä (Dunn 2003, 58–60).

Hoitokulttuurit ovat erilaisia eri maissa, mikä heijastuu vaaratapahtumien luonteeseen ja niistä raportointiin. Jordaniassa tehdyn tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat jättävät ilmoittamatta lääkewirheitä, koska he pelkäävät työnsä menettämistä ja työtehtävien rajoituksia. Lisäksi työkavereiden ja työnantajan reaktiot tehtyihin virheisiin aiheuttavat pelkoa. (Mrayyan ym. 2007, 663.)

Koivusen ym. (2007, 12–15) mukaan ilmoitusten tekemättä jättämiseen vaikuttaa eniten kiireestä johtuva unohtaminen. Hoitajien ajanpuute johtaa siihen, että työtehtävät on laitettava tärkeysjärjestykseen, jolloin vaaratapahtumien raportointiin ei välttämättä jää aikaa (Taylor ym. 2004, 732; Chiang & Pepper 2006, 395–396).

Taylor ym. (2004, 732) ja Chiang & Pepper 2006 (395–396) toteavat, että vaaratapahtumien vakavuus vaikuttaa hoitajien aktiivisuuteen ilmoittaa tapahtuma hoitovirheiden raportointiohjelmaan. Enemmän raportoidaan asioita, jotka oikeasti tapahtuvat potilaalle kuin läheltä piti -tapahtumia. Jos tapahtunut virhe koetaan vaarattomaksi tai virheestä ei ole aiheutunut potilaalle haittaa, se jää helposti ilmoittamatta. Sorra ym. (2008, 1937–1938) ovat selvittäneet, että ilmoittamatta jättämiseen johtaa myös, että virhe on huomattu ja korjattu jo ennen kuin siitä on ehtinyt olla haittaa potilaalle. Saatetaan ajatella, että virhettä ei tuolloin ole missään vaiheessa ehtinyt tapahtua. On helpompaa vain korjata tehty virhe kuin kertoa siitä kenellekään.

Dunn 2003 (58–60) ja Taylor ym. (2004, 732) väittävät, että hoitajilla ei ole selvää käsitystä, minkälaisia haittatapahtumia raportointiohjelmaan tulisi ilmoittaa. Työntekijän voi olla myös haastavaa tunnistaa vaaratapahtumia, koska niitä on paljon erityyppisiä. Ohjeistusta ilmoitettavista asioista tarvitaan siis lisää. Ruuhilehto & Knuutila (2008, 28) ovatkin huomanneet, että hoitajat tunnistavat ja ilmoittavat herkästi pelkästään lääkevirheitä. Lääkärit puolestaan kokevat, ettei ole selvää, kenen vastuulla raportointi on, joten ilmoitus vaaratapahtumasta saattaa siksi jäädä tekemättä (Taylor ym. 2004, 732).

Taylorin ym. (2004, 732) ja Knightin (2004, 25) mukaan raportointilomakkeen selkeydellä on vaikutusta haittatapahtumien raportointiin. Jos raportointilomake koetaan monimutkaiseksi, se voi vähentää ilmoitusaktiivisuutta. Dunn (2003, 58–60), Taylor ym. (2004, 732) ja Knight (2004, 25) mainitsevat, että turhautuminen tapahtumien seurauksien vähäisyydestä johtaa hoitovirheiden ilmoittamatta jättämiseen. Sairaanhoidajilla on oletus, että raportoinnista ei ole hyötyä eikä se johda merkittäviin jatkotoimenpiteisiin, mikä vaikuttaa ilmoittamisaktiivisuuteen. Knight (2004, 25) tuo esiin myös sulkeutuneen kulttuurin, jossa asioista ei puhuta avoimesti sekä työstressin ja työtyytymättömyyden, jotka voivat olla esteenä raportoinnille.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Turun sisätautisairaalan osastojen ja poliklinikan hoitajien HaiPro-osaamista ja ilmoittamisaktiivisuutta sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi tutkittiin HaiPron käytön seurauksia ja vaaratapahtumien luonnetta. Tarkoituksena oli tulosten avulla pohtia ilmenneitä vaaratapahtumia ja HaiPron käyttöaktiivisuutta.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Minkälaisia vaaratapahtumia tapahtuu ja minkälaisia vaaratapahtumia ilmoitetaan HaiPro-ohjelman kautta?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat vaaratapahtumien syntyyn?
3. Mitä seurauksia HaiPron käytöllä on?
4. Miten hoitajat kokevat HaiPron käytön?
5. Mitkä tekijät vaikuttavat vaaratapahtumien ilmoittamisaktiivisuuteen?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineisto

Tämä tutkimus on kvantitatiivinen tutkimus, joka toteutettiin Turun sisätautisairaalan osastoilla ja poliklinikalla. Kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään päädyttiin, koska haluttiin kartoittaa ja kuvata vaaratapahtumiin ja niiden ilmoittamiseen vaikuttavia tekijöitä (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42). Kyselytutkimuksen etuja ovat muun muassa laajan tutkimusaineiston kerääminen, tutkimusjoukko voi olla suuri ja voidaan

kysyä monia eri asioita. Menetelmänä kysely on tehokas, koska tutkijan aikaa säästyy ja aineisto saadaan nopeasti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 191.)

Tutkimus toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella survey-tutkimuksena. Survey-tutkimuksen yksi menetelmä on kysely, jossa aineisto kerätään standardoidusti eli kysymykset kysytään kaikilta vastaajilta samalla tavalla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 189). Kyselylomakkeesta voidaan käyttää myös nimeä mittausväline. Sen laatiminen on tärkeä vaihe kvantitatiivisessa tutkimuksessa, koska sen tulee mitata tutkimusilmiötä kattavasti ja täsmällisesti. Kirjallisuuskatsauksen tulee olla riittävän laaja ja luotettava kyselylomakkeen onnistumiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87.) Kyselytutkimuksen ongelmana saattaa olla, että vastaajat eivät ymmärrä kysymyksiä halutulla tavalla. Ongelmaksi voi myös muodostua vastaajien huolimattomuus ja epärehellisyys vastatessa. Kato vaikuttaa tutkimukseen negatiivisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 191.)

5.2 Tutkimuksessa käytetty mittari

Kyselylomake laadittiin (Liite 1) tätä työtä varten teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Kyselylomakkeen laadinnassa pyrittiin huomioimaan lomakkeen selkeys ja johdonmukaisuus sekä kysymysten yksiselitteisyys. Kysymysten avulla pyrittiin saamaan täsmällisiä vastauksia tutkimusongelmiin. Kyselylomake laadittiin siten, että vastaaminen olisi mahdollisimman helppoa. Tutkimusongelmien määrä johti siihen, että kyselylomakkeesta tuli viisisivuinen. Kiireellisen aikataulun vuoksi kyselylomaketta ei ehditty esitestaamaan ennen varsinaisen kyselyn tekemistä.

Kyselylomakkeessa oli 17 asteikollista kysymystä liittyen tutkimusongelmiin. Viidessä ensimmäisessä kysymyksessä selvitettiin vastaajan taustatietoja,

jonka jälkeen kysymykset kuudesta yhdeksään liittyivät tutkimusongelmaan neljä. Näiden jälkeen kysymys kymmenen käsitteli kolmatta tutkimusongelmaa. Kysymykset 11–13 käsittelivät tutkimusongelmaa yksi. Viidenteen tutkimusongelmaan liittyivät kysymykset 14–15 ja 16–17 tutkimusongelmaan kaksi. Kyselylomakkeessa käytettiin erilaisia mitta-asteikkoja. Taustatietojen kartoittamisessa käytettiin luokitteluasteikkoa. Suurin osa kysymyksistä oli välimatka-asteikollisia ja osa järjestysasteikollisia.

5.3 Aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin kokonaistutkimuksena, koska tutkittavien määrä oli vähäinen ja haluttiin saada riittävä aineisto tutkimuksen onnistumiseksi. Perusjoukkona oli siis Turun sisätautisairaalan osastojen ja poliklinikan hoitajat. (vrt. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 168.) Kyselylomake lähetettiin kohdejoukkolle kerran, eikä sitä ole tarkoitus toistaa, joten tämä on poikittaistutkimus (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42). Kyselylomakkeet lähetettiin paperisena kaikille Turun sisätautisairaalan osastojen ja poliklinikan hoitajille. Yhteensä lomakkeita lähetettiin 120 kappaletta. Aineiston keruu suoritettiin tammikuussa 2011. Vastausaika oli kaksi viikkoa, jonka jälkeen ylihoitaja palautti täytetyt kyselylomakkeet. Kyselyyn osallistui 40 työntekijää (n=40), jotka olivat sairaanhoitajia tai perus/lähihoitajia. Vastausprosentiksi muodostui 30 %.

5.4 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen PASW 18 -ohjelmaa. Kyselylomakkeet numeroitiin ja kaikki vastaukset syötettiin ohjelmaan. Aineistosta hylättiin kaksi vastauslomaketta, koska ne eivät

vastanneet haluttua tutkimusjoukkoa. Ikä- ja työvuodet luokiteltiin vastausten tulkinnan helpottamiseksi. Työvuosista tehtiin myös pylväsdiagrammi.

Kaikista kysymyksistä tehtiin frekvenssitaulukot, joista työssä esitetään vain tulkinnan kannalta tärkeimmät ja loput taulukoista on liitteenä (Liite 2). Moniosaisista kysymyksistä laskettiin osioiden keskiarvot, että saatiin selville kaikkien vastaajien keskimääräinen mielipide kysyttävästä asiasta. Lisäksi osasta vastauksista tehtiin tunnuslukutaulukot tulkinnan helpottamiseksi ja osioiden keskinäisten erojen selvittämiseksi.

Vertailuja yritettiin tehdä osastojen ja poliklinikan välillä sekä sairaanhoitajien ja perus/lähihoitajien välillä. Vertailuja pyrittiin tekemään osaston ja poliklinikan välillä muun muassa HaiPron käytön osaamisesta, vaaratapahtumien yleisyydestä ja HaiPron käytöstä seuranneista muutoksista. Koska χ^2 -yhteensopivuustestin edellytykset vertailujen tekemiseen eivät täyttyneet, oli ne jätettävä pois työstä. Vastausvaihtoehtojen luokittelukaan ei mahdollistanut vertailun toteuttamista, koska vastaajien lukumäärä oli pieni. Merkittävimmiksi koetut vertailut on kuitenkin esitetty tekstissä.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 40 henkilöä (n=40). Lomakkeita lähetettiin 120 kappaletta, joten vastausprosentiksi muodostui 30 %. Vastaajista 70 % työskenteli osastolla ja 30 % poliklinikalla. Suurin osa vastaajista oli sairaanhoitajia (67,5 %). Lisäksi tutkimukseen osallistui perus-/lähihoitajia 32,5 %. Vastaajista 82,5 % oli vakituksessa työsuhteessa ja loput 17,5 % oli määräaikaista työntekijöitä. Kyselyyn ei osallistunut sijaisia. (Taulukko 1.)

Taulukko 1: Vastaajien taustatietoja (n=40)

		f	f%
Työyksikkö	osasto	28	70,0%
	poliklinikka	12	30,0%
Ammattinimike	perushoitaja/lähihoitaja	13	32,5%
	sairaanhoitaja	27	67,5%
	jokin muu	0	,0%
Työsuhde	vakinainen	33	82,5%
	määräaikainen	7	17,5%
	sijainen	0	,0%

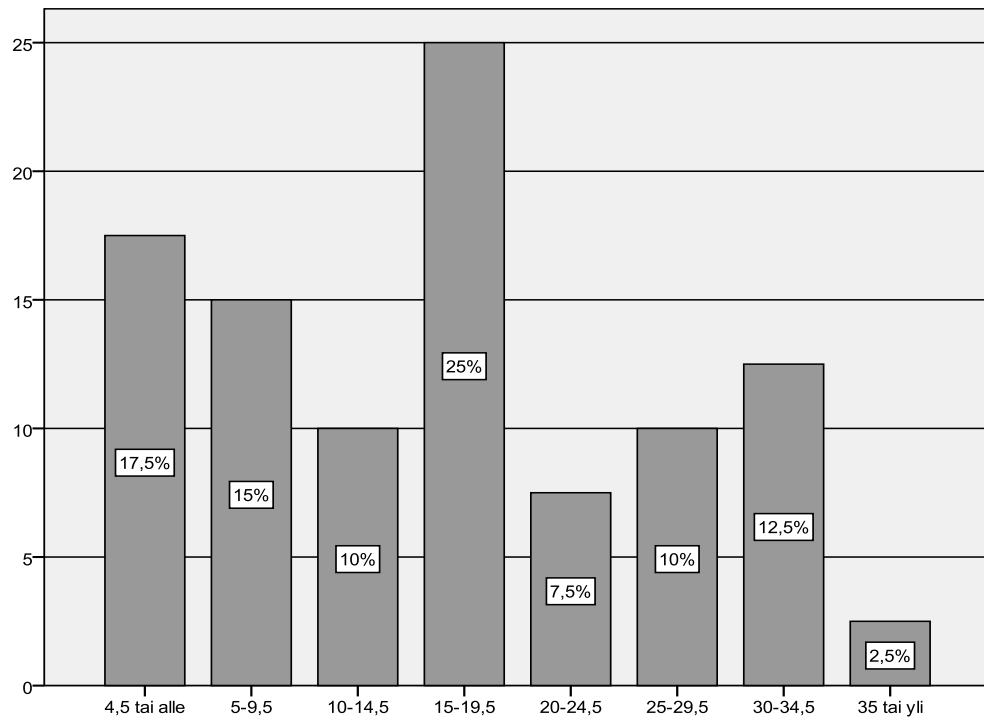
Vastaajien ikä vaihteli 22–59 vuoden välillä ja keski-ikä oli 43 vuotta. Ikä jaettiin neljään eri luokkaan. Vastaajista 15 % (f=6) oli 20–29-vuotiaita, 20 % (f=8) 30–39-vuotiaita, 27,5 % (f=11) 40–49-vuotiaita ja 37,5 % (f=15) 50–59-vuotiaita (Taulukko 2.)

Taulukko 2: Vastaajien ikä luokiteltuna (n=40)

	f	f%	F%
20-29	6	15,0	15,0
30-39	8	20,0	35,0
40-49	11	27,5	62,5
50-59	15	37,5	100,0
Total	40	100,0	

Ammatissatoimimisvuodet vaihtelivat kolmen päivän ja 36 vuoden välillä. Suurimmalla osalla vastanneista oli pitkä työkokemus tämänhetkisessä ammatissa. Yli 80 % vastanneista oli työskennellyt ammatissaan 5 vuotta tai kauemmin. 17,5 % vastanneista oli vähemmän työkokemusta eli työvuosia oli kertynyt 4,5 tai vähemmän. (Kuvio 1.)

Kuvio 1: Työvuodet luokiteltuna (n=40)



Vastaajilta kysyttiin, kuinka monta HaiPro-ilmoitusta he ovat tehneet viimeisen vuoden aikana. Tehtyjen ilmoitusten määrä oli vähäinen. Suurin osa vastaajista ei ollut tehnyt yhtään HaiPro-ilmoitusta (70 %). Ainoastaan yksi vastaaja oli tehnyt ilmoituksia useammin kuin viisi kertaa. (Taulukko 3.)

Taulukko 3: Tehtyjen HaiPro-ilmoitusten määrä viimeisen vuoden aikana (n=40)

	f	f%	F%
en kertaakaan	28	70,0	70,0
1-5 kertaa	11	27,5	97,5
6-10 kertaa	1	2,5	100,0
Total	40	100,0	

6.2 Vaaratapahtumat ja niiden ilmoittaminen

Vaaratapahtumia kartoitettiin osastoilla ja poliklinikalla vaihtoehtojen avulla, joiden yleisyyttä vastaaja arvioi. Vastaukset vaihtelivat lähes jokaisessa alakohdassa erittäin tavallisesta (=1) erittäin harvinaiseen (=5). Kaikkien osioiden keskiarvoksi saatiin 3,82. Vaaratapahtumien yleisyyttä arvioitiin kuitenkin pääasiassa erittäin harvinaiseksi. Näistä vaihtoehtoista yleisimmäksi vaaratapahtumaksi osastoilla ja poliklinikalla miellettiin potilaan kaatuminen/putoaminen, jonka keskiarvo oli 2,88. Useat eri vaaratapahtumat koettiin erittäin harvinaisiksi muun muassa potilaan tunnistusvirhe (ka 4,26) ja varotoimien laiminlyönti (ka 4,21). (Taulukko 4.)

Taulukko 4: Vaaratapahtumien yleisyys (1= erittäin tavallinen, 5= erittäin harvinaisen)

	n	min	max	ka	kh
Lääkehoitoon liittyvä virhe	32	1	5	3,72	1,170
Potilaan kaatuminen/putoaminen	34	1	5	2,88	1,274
Sairaalainfektio	33	1	5	3,24	1,275
Painehaava	33	2	5	4,18	1,044
Potilaan karkaaminen	33	2	5	3,73	1,153
Kirjaamisvirhe	33	1	5	3,33	1,137
Potilaan tunnistusvirhe	34	2	5	4,26	,931
Potilaan siirtoon/kuljetukseen liittyvä virhe	34	1	5	4,24	1,017
Kotiutukseen liittyvä virhe	34	2	5	4,09	,900
Varotoimien laiminlyönti	34	2	5	4,21	,880
Hoitajan sopimaton käytös potilasta kohtaan	33	2	5	4,21	,927

Vastaajilta kysyttiin, kuinka monta HaiPro-ilmoitusta he ovat tehneet kustakin vaaratapahtumasta viimeisen vuoden aikana. Vaaratapahtumat olivat samoja, joiden yleisyyttä kartoitettiin aikaisemmassa kysymyksessä. Suurin osa

vastaajista ei ollut tehnyt mistään vaaratapahtumasta HaiPro-ilmoitusta. Eniten ilmoituksia oli tehty lääkehoitoon liittyvistä virheistä. Se oli ainoa vaaratapahtuma, josta yksi vastaaja oli tehnyt ilmoituksen yli viisi kertaa. Muutamia ilmoituksia oli tehty potilaan kaatumisesta/putoamisesta, sairaalainfektioista ja potilaan karkaamisesta. (Liitetaulukko 1.) Lääkitykseen liittyvistä virheistä kysyttiin vielä tarkemmin. Kysymyksillä selvitettiin, minkälaisia lääkevirheitä ilmoitetaan ja kuinka aktiivisesti. Yleisimmät ilmoitetut virheet olivat jako- ja antovirhe. Säilytysvirheistä ei ollut yksikään hoitaja ilmoittanut HaiPro-ohjelmaan. (Liitetaulukko 2.)

Verrattaessa vaaratapahtumien yleisyyttä ja tehtyjen HaiPro-ilmoitusten määrää huomattiin, että niiden välillä on ristiriitoja. Lääkehoitoon liittyviä virheitä ei pidetty kovin yleisenä (ka 3,72), mutta niistä tehtiin kuitenkin eniten ilmoituksia. Potilaan kaatumista/putoamista pidettiin yleisimpänä vaaratapahtumana ja siitä ilmoitettiin toiseksi eniten HaiPro-ohjelmaan. Taulukoita vertailtaessa kävi ilmi, että sairaalainfektiot oli toiseksi yleisin vaaratapahtuma, mutta vain yksi henkilö oli tehnyt siitä ilmoituksia. Mielenkiintoista oli huomata, että tiettyjä vaaratapahtumia ei hoitajien mielestä juurikaan tapahtunut eikä niistä ilmoitettu. Näitä olivat esimerkiksi potilaan tunnistusvirhe, kuljetukseen tai siirtoon liittyvä virhe ja hoitajan epäasiallinen käytös potilasta kohtaan. (Liitetaulukko 1 ja 3.)

6.3 Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat tekijät

Vaaratapahtumat johtuvat joko ihmisen toiminnasta tai ympäristön vaikutuksesta. 90 % vastaajista (n=30) koki vaaratapahtuman aiheutuneen hoitajan tai potilaan toiminnasta ja 10 % ympäristön vaikutuksesta. (Liitetaulukko 4.)

Monen eri tekijän arvioitiin vaikuttavan vaaratapahtumien syntyyn. Kaikkien osioiden keskiarvoksi tuli 2,77. Mikään vaaratapahtumien taustatekijöistä ei painotunut erittäin harvinaiseen. Kiire, liian vähäinen henkilökuntamäärä ja liian suuri

työmäärä koettiin erittäin tavallisiksi vaaratapahtumien aiheuttajiksi. Hoitajat koki välinpitämättömyyden ja siihen läheisessä yhteydessä olevan toimintaohjeiden laiminlyönnin vaikuttaneen vaaratapahtumien syntyyn vähiten. Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat tekijät on kokonaisuudessaan nähtävissä taulukossa 5. (Liitetaulukko 5.)

Taulukko 5: Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat tekijät (1= erittäin tavallinen, 5= erittäin harvinainen)

	n	min	max	ka	kh
Kiire	35	1	4	1,71	,750
Liian vähän henkilökuntaa	35	1	4	1,77	,770
Liian suuri työmäärä	35	1	4	1,86	,845
Työn keskeytyminen	35	1	5	2,06	1,083
Toimintaohjeiden laiminlyönti	34	2	5	3,62	,853
Huolimattomuus	35	1	5	3,31	1,022
Riittämätön perehdytys	35	1	5	2,83	1,043
Sijaisten tietämättömyys osaston toimintatavoista	35	1	5	2,54	,919
Välinpitämättömyys	35	2	5	3,89	,993
Epäselvät työohjeet	35	2	5	3,37	1,003
Laitteen toimimattomuus	34	2	5	3,44	,894
Tilojen ahtaus	35	1	5	2,86	1,061
Valid N (listwise)	33				

6.4 HaiPron käytöstä seuranneet muutokset

HaiPron käytöstä seuranneita muutoksia kysyttiin kysymyspatteriston avulla, joita vastaajat arvioivat asteikolla täysin samaa mieltä (=1) ja täysin eri mieltä (=5). Kaikkien osioiden keskiarvoksi saatiin 3,55. Yhtenä kohtana oli, ettei HaiProsta ole seurannut mitään muutoksia. Keskimääräisesti tässä kysymyksessä arvioitiin (ka 2,52), ettei HaiPron käytöstä ole seurannut merkittäviä muutoksia. Mielenpisteet muissa kohdissa jakaantuivat jonkin verran, mutta painottuivat kuitenkin, ettei muutoksia ole juurikaan seurannut. Joitain

muutoksia koettiin tulleen työhjeisiin, toimintakäytänteisiin ja tietoisuuteen vaaratapahtumista. (Liitetaulukko 6 ja 7.)

Osaston ja poliklinikan hoitajien mielipiteissä HaiPron aiheuttamista muutoksista oli vain pieniä eroja. Sekä osastojen että poliklinikan hoitajat mielsivät, ettei HaiPron käyttö ollut johtanut muutoksiin työyksiköissä. Poliklinikan hoitajien mielipiteet olivat jakautuneet tasaisemmin. Vastaajamäärä poliklinikalla oli kuitenkin pieni (n=5). (Liitetaulukko 8.)

6.5 HaiPro hoitajien kokemana

HaiPron käytön osaamista kysyttäessä selvisi, että monet hoitajat eivät osaa käyttää HaiPro-ohjelmaa. Yli 50 % vastaajista oli sitä mieltä, etteivät he osanneet lainkaan käyttää kyseistä ohjelmaa. Ainoastaan 12,5 % vastaajista oli täysin samaa mieltä, että osaa käyttää ohjelmaa. (Taulukko 6.) Vertailtaessa iän vaikutusta HaiPron käytön osaamiseen saatiin selville, että kaikista ikäluokista yli 40 % koki osaamisensa erittäin huonoksi. Yksikään 20–29-vuotias ei osannut käyttää ohjelmaa hyvin. Vanhemmissa ikäluokissa (40–59-vuotiaat) puolestaan oli muutamia hoitajia, jotka arvioivat HaiPron käyttötaitonsa hyväksi. (Liitetaulukko 9.) HaiPron helppokäyttöisyyttä arvioitaessa suurin osa henkilöistä, jotka eivät olleet käyttäneet HaiProa, jättivät vastaamatta. Vastaajista 84,6 % (n=26) oli sitä mieltä, että HaiPro on melko helppokäyttöinen ja ainoastaan kolme henkilöä piti ohjelmaa vaikeana. (Liitetaulukko 10.)

Taulukko 6: Osaan käyttää HaiProa

		f	f%	F%
Valid	täysin samaa mieltä	5	12,5	12,5
	2	6	15,0	27,5
	3	5	12,5	40,0
	4	3	7,5	47,5
	täysin eri mieltä	21	52,5	100,0
	Total	40	100,0	

Vastaajilta kysyttiin heidän mielipidettään, edistääkö HaiPro potilasturvallisuutta. Vastaukset jakaantuivat melko tasaisesti. Ainoastaan kaksi vastaajaa (n=33) koki, ettei HaiPro edistänyt potilasturvallisuutta ollenkaan. (Liitetaulukko 11.) Sairaanhoidajien ja perus-/lähihoitajien vertailussa kävi ilmi, että perus- ja lähihoitajat uskoivat HaiProsta olevan enemmän hyötyä potilasturvallisuudelle kuin sairaanhoidajat. (Liitetaulukko 12.)

6.6 Ilmoittamista estävät ja edistävät tekijät

Ilmoittamatta jättämisen syitä selvitettiin erilaisten vaihtoehtojen avulla. Vastaajat arvioivat vaihtoehtoja asteikolla täysin samaa mieltä (=1) ja täysin eri mieltä (=5). Kaikkien osioiden keskiarvoksi tuli 3,80. Monissa kohdissa vastaukset vaihtelivat yhdestä viiteen ja keskihajonta oli suurta. Pelkoa koskevissa muuttujissa vastaukset olivat samansuuntaisia. Vastaajat olivat yhtä mieltä, etteivät erilaiset pelot, esimerkiksi rangaistuksen pelko (ka 5), vaikuttaneet ilmoittamisaktiivisuuteen. Ajanpuute ja ilmoituksen tekemisen työläys olivat hoitajien mielestä eniten vaikuttaneet ilmoittamatta jättämiseen. Lisäksi hoitajat kokivat, etteivät he osanneet käyttää HaiPro-ohjelmaa ja jättivät siksi ilmoittamatta. (Taulukko 7.) (Liitetaulukko 13.)

Taulukko 7: Ilmoittamatta jättämisen syyt (1=täysin samaa mieltä, 5=täysin eri mieltä)

	n	max	min	ka	kh
Aikaa ei ollut riittävästi	23	1	5	3,35	1,774
Pelkäsin rangaistusta	23	5	5	5,00	,000
Pelkäsin epäpäteväksi leimautumista	23	4	5	4,91	,288
Pelkäsin maineen menetystä	23	4	5	4,91	,288
En osannut käyttää HaiProa	26	1	5	3,54	1,606
Ilmoituksen työläisyys	23	1	5	3,43	1,343
En pitänyt virhettä vakavana	23	1	5	3,74	1,421
En tiennyt kenen vastuulla ilmoittaminen oli	24	1	5	4,37	1,135
En tunnistanut vaaratapahdumaa	23	1	5	4,04	1,296
Potilaalle ei aiheutunut haittaa	23	1	5	4,17	1,267
Unohdin	23	2	5	4,22	1,166
En uskonut raportoinnin joltavan parannuksiin	23	1	5	3,87	1,254
Valid N (listwise)	23				

Vastaajilta selvitettiin myös, mikä heidän mielestään lisäisi HaiPron käyttöaktiivisuutta. Kysymyksessä käytettiin samanlaista mitta-asteikkoa kuin edellisessä kysymyksessä. Kaikkien osioiden keskiarvo oli 2,67. Vastauksista kävi ilmi, että kaikki vaihtoehdot edistäisivät ilmoittamisaktiivisuutta jossain määrin. Keskihajonta oli kuitenkin lähes kaikissa 1,5 luokkaa eli mielipiteissä oli vaihtelua. Hoitajat kokivat erityisesti tarvitsevansa lisäkoulutusta HaiPron käyttöön (ka 2,48) ja enemmän aikaa ilmoituksen tekemiseen (ka 2,58). Hoitajien mielestä ilmoittamisen pakollistamisesta olisi hyötyä raportointiaktiivisuuden lisäämiseen. (Taulukko 8.) (Liitetaulukko 14.)

Taulukko 8: Ilmoittamista edistävät tekijät (1=täysin samaa mieltä, 5=täysin eri mieltä)

	n	min	max	ka	kh
Aikaa olisi enemmän	26	1	5	2,58	1,579
Esimies kannustaisi ilmoittamiseen	26	1	5	3,31	1,463
Työilmapiiri olisi ilmoittamista rohkaiseva	26	1	5	3,38	1,577
Raportoinnista olisi näkyvää hyötyä	25	1	5	2,76	1,589
Ohjelman käyttöön saisi lisäkoulutusta	29	1	5	2,48	1,703
Ilmoittaminen olisi pakollista	26	1	5	2,81	1,625
Ilmoittamislomake olisi selkeämpi	24	1	5	3,58	1,316
Valid N (listwise)	24				

7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys tulee esille erilaisina valintoina koko tutkimusprosessin ajan. Ensimmäinen eettinen ratkaisu on tutkimusaiheen valinta. Tällöin tulee pohtia, miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenelle siitä on hyötyä. Potilasturvallisuus on ajankohtainen aihe ja sitä voi aina kehittää. Siitä saatava hyöty kohdistuu tulevaisuudessa niin potilaisiin kuin hoitajiinkin. Tutkimuksesta saatavaa tietoa vaaratapahtumista ja niiden ilmoittamiseen vaikuttavista tekijöistä voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden parantamiseksi ja HaiPro-ohjelman käytön lisäämiseksi. (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 27–28.)

Tutkimukseen osallistumisen lähtökohtana on oltava itsemääräämisoikeus eli osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaaja voi kieltäytyä antamasta tietojaan tai hän voi keskeyttää tutkimuksen halutessaan. Tutkittavalle ei saa aiheutua haittaa tutkimuksesta. Mahdolliset haitat voivat olla fyysisiä, emotionaalisia, sosiaalisia tai taloudellisia. Vastaajan tulee olla täysin tietoinen tutkimuksen luonteesta, jotta hän voi antaa tietoisesti suostumuksen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177–178.) Lisäksi vastaajan tulee etukäteen tietää tutkimukseen liittyvistä tapahtumista ja vastaanottajan tulee olla kykenevä ymmärtämään saamansa tieto (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 28). Tämän työn kyselylomakkeen saatekirjeessä korostetaan vastaamisen vapaaehtoisuutta ja vastaajan anonymiteetin säilymistä. Saatekirjeessä kerrotaan myös tutkimuksesta, sen etenemisestä ja aiheen tärkeydestä, jotta tutkimukseen osallistuvat tietäisivät, millaiseen tutkimukseen he osallistuvat. Tutkimuksesta ei aiheudu haittaa millekään taholle.

Tutkimustyössä on huomioitava vastaajan anonymiteetin säilyminen, mikä tarkoittaa, ettei tutkimustietoja luovuteta ulkopuolisille ja huolehditaan aineiston turvallisesta säilyttämisestä. Lisäksi anonymiteetti voi olla organisaatitasoisista, eli tutkimuslupaa haettaessa selvitetään, saako organisaation tai osallistuvien osastojen nimet näkyä lopullisessa työssä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179.) Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa kysytään joitakin vastaajan taustatietoja, mutta niiden perusteella henkilöä ei pystytä tunnistamaan. Taustatietoja kysytään, jotta tutkimustuloksia olisi helpompi tulkita ja saada perusteellisia tuloksia. Tutkimusaineisto on ainoastaan tutkijoiden käytössä ja se tullaan hävittämään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Organisaation kanssa on sovittu, että sen nimi saa näkyä lopullisessa työssä.

Eettisyyden haasteita liittyy myös tutkimusraportin laatimiseen. Tutkimustulokset on kuvattava rehellisesti ja tulosten tulee pohjautua saatuun aineistoon. Toisen henkilön kirjoittamaa tekstiä ei saa lainata ilman lähdeviitettä eikä omia tuloksia saa toistaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179.) Tiedonhankinnassa on toteutettava eettisesti kestäviä tiedonhankinnan

menetelmiä. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida yksityiskohtaisesti ja tieteellisten vaatimusten mukaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004.) Nyt saadut tulokset on esitetty totuudenmukaisesti ja aineisto on analysoitu kaikilta osin kaunistelematta. Tutkimusraportissa lähteiden käyttö on huolellista ja lähdeviitteet on tehty asianmukaisesti. Lähdeaineisto on kerätty luotettavista tietokannoista ja tutkimukseen on hyväksytty vain asiaa käsitteleviä sekä luotettavia tutkimuksia. Kaikki tutkimuksen vaiheet on toteutettu tieteellisten vaatimusten mukaan pyrkien mahdollisimman tarkkaan raportointiin.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Mittaaminen, aineistonkeruu ja tulokset ovat tutkimuksen luotettavuuden kolme keskeistä tarkastelukohdetta (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206). Tutkimuksen luotettavuutta kuvaavat käsitteet ovat validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti tarkoittaa, että mitattu asia kuvaa juuri sitä mitä sen on tarkoitus mitata. Käytännössä se tarkoittaa teoreettisten käsitteiden operationaalistamista muuttujiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.) Mittarin reliabiliteetin tarkoitus on saada aikaan ei-sattumanvaraisia tuloksia (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 207–208).

Tulosten luotettavuudessa tarkastellaan sisäistä ja ulkoista validiteettia (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 210). Ulkoinen validiteetti viittaa siihen, voiko saatuja tuloksia yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.) Sisäisen ja ulkoisen validiteetin uhkia on paljon esimerkiksi henkilöiden valikoituminen tutkimukseen. Sisäisesti validissa tutkimuksessa tulokset johtuvat vain tutkimusasetelmasta, eivät muista tekijöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 157–158; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 210–212.) Koska tämä tutkimus on kokonaistutkimus, ei tutkimustuloksia ole tarkoitus yleistää ulkopuoliseen

perusjoukkoon. Perusjoukkona oli Turun sisätautisairaalan noin 120 hoitajaa. Tutkimuksesta tuli kuitenkin tarkoituksettomasti otantatutkimuksenkaltaisen, koska vastaajamäärä jäi pieneksi.

Koko tutkimuksen luotettavuus perustuu mittarin sisältövaliditeettiin. Mittarin tulee olla kattava eikä mikään tutkimusosa-alue saa jäädä mittaamatta. Käsitteiden operationaalistamisen pohjana on riittävä perehtyminen kirjallisuuteen. Mittarin teoreettisen rakenteen tulee olla hyvä, varsinkin kun laaditaan uusi mittari. Luotettavuutta lisää mittarin esitestaaminen pienellä vastaajajoukolla, mikä on erityisen tärkeää kun on kyseessä uusi mittari. Katoanalyysi tulisi suorittaa ulkoisen validiteetin turvaamiseksi. Kadolla tarkoitetaan tilannetta, jossa kaikkia tutkittavia ei saada osallistumaan tutkimukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,152 – 156.)

Tämän työn mittarin laadinnassa huomioitiin, että sillä mitataan tutkittavaa asiaa eli validiteetti toteutuisi. Kysymykset tehtiin tarkasti liittyen tutkimusongelmiin. Tutkimuksen luotettavuutta lisää, että mittari laadittiin aikaisemman teorian pohjalta. Validiteettia kuitenkin heikentää, että tämän tutkimuksen tulokset poikkeavat osittain aikaisemmasta teoriasta, jonka pohjalta mittari laadittiin. Mittari luotiin tätä työtä varten, jolloin se mittaisi täsmällisesti tutkittavaa asiaa. Kysymysten laadinnassa pyrittiin huomioimaan, että kysymykset ovat selkeitä ja niiden rakenne ei vaihtelee kysymyksittäin. Mittaria ei ehditty esitestaamaan kiireellisen aikataulun vuoksi, mikä heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

Kadolla on suuri merkitys tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimukseen osallistui ainoastaan 40 hoitajaa 120 hoitajasta. Ei tiedetä, miksi juuri nämä hoitajat valikoituivat tähän tutkimukseen ja poikkeavatko heidän näkemyksensä poisjääneiden näkemyksistä. Kadon vaikutusta luotettavuuteen selvitettiin vertailemalla nyt saatuja taustatietoja Sosiaali- ja terveystoimesta saatuihin virallisiin taulukoihin. Näistä taulukoista ilmeni hoitajien määrä eri ammattinimikkeissä ja heidän keski-ikänsä. Kun verrattiin hoitajien todellista määrää sisätautisairaalassa tähän työhön osallistuneiden määrään, havaittiin,

että sairaanhoitajien ja perus-/lähihoitajien suhde oli sama. Sisätautisairaalassa on sairaanhoitajia 67,9 % ja perus-/lähihoitajia 32,1 %, kun taas vastaavat luvut tässä tutkimuksessa olivat 67,5 % ja 32,5 %. Kaikkien sisätautisairaalan hoitajien keski-ikä on 47 vuotta. Tässä tutkimuksessa hoitajien keski-ikä oli hieman alhaisempi 43 vuotta. Tarkasteluista kävi ilmi, ettei kato vaikuta merkittävästi työn luotettavuuteen, koska tutkimusjoukko vastaa melko hyvin perusjoukkoa eli sisätautisairaalan hoitajia. Tutkimuksen tulokset voidaan varauksella yleistää koskemaan kaikkia sisätautisairaalan hoitajia.

Reliabiliteetin arvioinnissa keskitytään mittarin pysyvyyteen, vastaavuuteen ja sisäiseen johdonmukaisuuteen. Mikäli mittari on pysyvä, tuloksiin ei vaikuta mitkään ulkopuoliset tekijät ja samat tulokset voidaan saada usealla mittauskerralla. Mittarin sisäisellä johdonmukaisuudella tarkoitetaan, että mittarin eri osiot mittaavat samaa asiaa. Reliabiliteettia voidaan parantaa pyrkimällä estää kohteesta johtuvat virhetekijät, joita ovat mittausaika, väsymys, kiire, kysymysten ymmärrettävyys ja paljous. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 207–208.) Mittarin reliabiliteettiä heikensi mittausajankohta, koska tutkimusaineisto kerättiin heti joululomien jälkeen, jolloin ihmiset eivät välttämättä jaksaneet keskittyä vastaamiseen. Kysymyslomakkeen pituus, joka oli viisi sivua ja sisälsi useita kysymyssarjoja, saattoi vaikuttaa vastausaktiivisuuteen ja tulosten luotettavuuteen.

Tietoa tätä tutkimusta varten haettiin kansainvälisistä ja suomalaisista tietokannoista: Cinahl, Medline, Medic ja PubMed. Hauissa käytettiin yhdessä ja erikseen muun muassa seuraavia sanoja: ”potilasturvallisuus”, ”vaaratapahtuma”, ”haittatapahtuma”, ”raportointi”, ”HaiPro”, ”virhe”, ”patient safety”, ”adverse event”, ”medication error”, ”error”, ”report”. Sanoja lyhennettiin, että saatiin hakuun kaikki mahdolliset taivutusmuodot. Hakuja tuloksena työhön saatiin aiheeseen sopivia tutkimuksia. Tämän työn pohjana käytettiin eri maissa tehtyjä tutkimuksia vaaratapahtumiin ja niiden raportointiin liittyen. Saatavilla oli vain vähän Suomessa tehtyjä tutkimuksia, mutta kirjallisuutta ja HaiPro-julkaisuja löytyi aiheeseen liittyen. Tästä johtuen työ pohjautuu lähinnä

ulkomaalaisiin tutkimuksiin, mikä johti osittain tulosten ja teorian ristiriitaisuuteen. Lähteisiin on työssä viitattu tarkasti eikä aikaisempia tutkimustuloksia ole muutettu tai suoraan kopioitu.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Saatuja tutkimustuloksia tarkasteltaessa heräsi kysymys potilasturvallisuuden tämän hetkisestä tilasta. Tuloksissa yllätti, että HaiPron käytön osaaminen tässä aineistossa oli heikkoa ja siitä johtuen HaiPron merkitys potilasturvallisuuden parantamisessa on tällä hetkellä vähäinen. Nyt saatujen tutkimustulosten tulkintaa vaikeutti, että osa vastaajista ei osannut käyttää HaiPro-ohjelmaa, jolloin tutkimuksen tulokset osittain vääristyivät. Tässä kappaleessa pohditaan tämän tutkimuksen tuloksia ja verrataan niitä aikaisempaan tutkimustietoon.

8.1 HaiPron käyttövaikeudet eivät syynä osaamattomuuteen

Tähän tutkimukseen osallistuneista hoitajista yli puolet ei osannut käyttää HaiPro-ohjelmaa, vaikka ohjelma on otettu käyttöön muutamia vuosia sitten. Syynä voi olla esimerkiksi, että HaiPron käyttöön ei ole annettu riittävästi koulutusta ja ilmoittamiseen ei rohkaista työyhteisössä. Ruuhilehto ja Knuutila (2008, 43, 46) havaitsivat jo HaiPron käyttöönottovaiheessa ilmoittamisaktiivisuuden vaihtelevan ja silloinkin koettiin tarvetta motivointiin ja lisäkoulutukseen. Keistinen ym. (2008, 3788) toteavatkin, että työyksiköissä tulisi olla henkilö, joka toimii raportoinnin innostajana. Tämä voisi olla yksi ratkaisu, jolla saataisiin myös sisätautisairaalan hoitajien raportointia lisättyä. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että nuorten hoitajien HaiPro-osaaminen oli melko

huonoa. Tähän asiaan voisi löytyä ratkaisu jo opiskeluaajoista, jos potilasturvallisuutta ja HaiPro-ohjelman merkitystä korostettaisiin koulutuksessa. Tällä tavoin HaiPron asema vakiintuisi vähitellen työyhteisöön ja nuoret hoitajat voisivat innostaa myös vanhempia kollegoja vaaratapahtumien tunnistamiseen ja ohjelman käyttöön.

Tämän tutkimuksen tuloksista ilmeni, että sisätautisairaalan hoitajat, jotka olivat käyttäneet HaiPro-ohjelmaa, kokivat sen helppokäyttöiseksi. Myös Ruuhilehdon ja Knuutilan (2008, 42–44, 46) tutkimuksen mukaan HaiPro koetaan helppokäyttöiseksi, mutta ongelmiakin sen käytössä ilmenee. Esimerkiksi oikean luokitusvaihtoehdon löytämisen, ohjelmaan pääsyn hankaluuden ja sen ajoittaisen toimimattomuuden koetaan vaikeuttavan raportointiohjelman käyttöä. Tästä voidaan päätellä, että HaiPron käytön osaamattomuus sisätautisairaalassa ei johtunut ohjelman vaikeudesta, vaan taustalla oli muita syitä. Syynä saattoi olla, ettei hoitohenkilökunta nähnyt HaiPron käytöstä saatavia hyötyjä, jos ne eivät olleet selkeitä. On tärkeää huomata, että muutoksia ei saada aikaan, jos raportointi ei ole riittävää. HaiPron tärkeyttä tulisi korostaa ja tuoda esiin sen avulla saatavia hyötyjä, jotta hoitajat motivoituisivat parantamaan potilasturvallisuutta.

8.2 Vaaratapahtumien taustalla monenlaisia syitä

Valtaosa tähän tutkimukseen vastanneista koki vaaratapahtumien aiheutuvan hoitajan tai potilaan toiminnasta. Yli-Villamo (2008, 43) jakaakin vaaratapahtumat ihmisen toiminnasta riippuvaisiin ja organisaation puutteista johtuviin. Vaikka tämän tutkimuksen hoitajat kokivat joskus olevansa syynä virheisiin, he eivät ajatelleet olevansa välinpitämättömiä työssään. Nämä hoitajat tunnistivat kuitenkin huolimattomuuden osasyysiksi vaaratapahtumiin, mikä on yhteneväinen Sorran ym. (2008, 1937) tutkimustulosten kanssa. Oli positiivista huomata, että sisätautisairaalan hoitajat tunnistivat omia virheitään,

koska se on edellytys niistä oppimiseen ja parempaan potilasturvallisuuteen. Ympäristön vaikutusta vaaratapahtumien syntyyn ei voida unohtaa, vaikka tässä tutkimuksessa hoitajat pitivät sitä toissijaisena syynä. Esimerkiksi tilojen ahtaus oli tavallinen syy vaaratapahtumien syntyyn.

Nyt saatujen tutkimustulosten mukaan kiire ja liian vähäinen henkilökuntamäärä olivat hoitajien mielestä selvästi keskeisimmät syyt vaaratapahtumien syntyyn. Koivusen ym. (2007, 12) ja Partasenkin ym. (2005, 37) tutkimustuloksissa kiire on yksi tärkeimmistä syistä vaaratapahtumien syntyyn. Koivusen ym. (2007, 12) tutkimuksessa korostuu henkilökuntavajeen merkitys vaaratapahtumien taustalla, mikä on myös yhteneväinen nyt saatujen tutkimustulosten kanssa. Croke (2003, 55) ja Sorra ym. (2008, 1937) ovat tutkimuksissaan pohtineet hoitajapulan vaikutusta vaaratapahtumiin. Heidän mukaansa vähäinen henkilökuntamäärä johtaa liian suureen työmäärään yhtä hoitajaa kohden, jolloin vaaratapahtumat lisääntyvät ja potilasturvallisuus vaarantuu. Tämän työn tuloksista ilmeni yleinen ongelma hoitotyössä, ettei hoitajia ole riittävästi työmäärään ja potilaisiin nähden. Potilaiden turvallisuuden takaamiseksi tulisi ongelmaan kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. Vakituisten työpaikkojen määrää tulisi lisätä eikä pelkästään käyttää lyhytaikaisia sijaisia. Sijaisten palkkaaminen ei ole ratkaisu ongelmaan, koska nyt saatujen tulosten mukaan sijaisten tietämättömyys osaston toimintatavoista oli myös yksi syy vaaratapahtumien syntyyn.

8.3 Vaaratapahtumat – tunnistaminen ja ilmoittaminen vähäistä

Tämän työn tuloksista yllättäen ilmeni, että sisätautiosastojen ja poliklinikan hoitajat kokivat vaaratapahtumat harvinaisiksi. Sisätautisairaala on iso organisaatio ja hoito siellä vaatii erikoisosaamista, minkä takia riski vaaratapahtumien syntymiseen voisi ajatella olevan suuri. Ennen tutkimuksen toteuttamista odotettiin, että vaaratapahtumat olisi arvioitu selvästi yleisemmiksi.

Tämän tutkimuksen hoitajat eivät kuitenkaan tunnistanee vaihtoehtoina annettuja vaaratapahtumia omaan työympäristöönsä kuuluviksi. Tulosten perusteella voidaan ajatella, että sisätautisairaalan osastoilla ja poliklinikalla potilasturvallisuus toteutuu melko hyvin ja vaaratapahtumat ovat kohtalaisen harvinaisia. Vastaajamäärän vähäisyyden huomioon ottaen ei voida kuitenkaan varmuudella sanoa, ettei vaaratapahtumia sisätautisairaalassa todella esiintyisi.

Hoitajat arvioivat tavallisimmaksi vaaratapahtumaksi kaatumisen tai putoamisen, mikä tuli selvästi esiin tämän tutkimuksen tuloksista. Tulos on yhteneväinen Partasen ym. (2005, 35–37) ja Bradyn (2009, 157) saamien tutkimustulosten kanssa. Näissä ja Yli-Villamon (2008, 37–42) tutkimuksessa korostuu lääkevirheiden osuus kaikista vaaratapahtumista, kun taas tämän tutkimuksen hoitajat eivät pitäneet lääkevirheitä kovinkaan tavallisina. Sisätautipotilaan hoidossa lääkehoito on keskeisessä asemassa (Holmia ym. 2008, 14–15) ja siksi on yllättävää, etteivät sisätautiosastojen ja poliklinikan hoitajat joko tunnistanee lääkevirheitä tai myöntäneet niiden olemassaoloa. Lääkityspoikkeamia tulisi kuitenkin pyrkiä vähentämään, koska ne voivat olla pahimmassa tapauksessa potilaalle kohtalokkaita. Brady ym. (2009, 694) ehdottavat, että lääkityspoikkeamien vähentäminen liitettäisiin osaksi terveystaloutta ja laadun- sekä riskienhallintaa. Heidän mukaansa yksilötasolla hoitajien tulisi varmistaa, että lääkehoito-osaaminen on ajan tasalla.

Potilaan tunnistusvirhe koettiin harvinaisimmaksi vaaratapahtumaksi sisätautiosastoilla ja poliklinikalla, kun taas Bradyn (2009, 157) mukaan monet vaaratapahtumat liittyen esimerkiksi kotiutukseen, siirtoihin ja potilaan tunnistamiseen koetaan yleisiksi. Potilaan tunnistusvirheiden vähäisyydestä tässä tutkimuksessa voidaan päätellä, että sisätautisairaalassa ollaan todennäköisesti tarkkoja ja hoitokäytänteet potilaan tunnistamiseen liittyen ovat hyviä.

Sisätautiosastoilla ja poliklinikalla tehtiin nyt saatujen tulosten mukaan erittäin vähän HaiPro-ilmoituksia. Suurin osa vastaajista ei ollut tehnyt ilmoitusta mistään vaaratapahtumasta. Vaaratapahtumia, esimerkiksi kirjaamisvirheitä, hoitajat tunnistivat jonkin verran, mutta eivät tehneet niistä ilmoituksia HaiPro-ohjelmaan. Vaaratapahtumien harvinaisuudesta ja raportoinnin vähäisyydestä herää ajatus, miten potilasturvallisuus sisätautisairaalan osastoilla ja poliklinikalla toteutuu, jos hoitajat eivät koe tarvetta muutoksiin. Hoitajien mielipiteet vaaratapahtumien harvinaisuudesta ja raportoinnin vähäisyydestä kuitenkin vaihtelivat. Osa hoitajista tunnisti paljon vaaratapahtumia ja myös ilmoitti niistä, kun taas osa ei tehnyt kumpaakaan. Aktiivisuuden vaihtelevuus saa toisaalta ajattelemaan, onko taustalla hoitajien erilainen asennoituminen ja motivaatio potilasturvallisuuden parantamista kohtaan. Jos potilasturvallisuuden kokee tärkeäksi, tekee todennäköisesti myös enemmän töitä sen edistämiseksi.

Nyt saatujen tulosten mukaan sisätautisairaalan osastoilla ja poliklinikalla tehtiin eniten ilmoituksia lääkityspoikkeamista. Myös Ruuhilehto ja Knuutila (2008, 30) saivat HaiPron käyttöönottoaiheessa tehdyssä tutkimuksessa samanlaisia tuloksia. Sama tulos on saatu siis jo kahdesti tutkittaessa HaiPro-ilmoituksia. Syynä lääkityspoikkeamien aktiiviseen raportointiin voi olla esimerkiksi hoitajien käsitys, että HaiPro-ohjelmaan ilmoitetaan vain lääkityspoikkeamat. Toisaalta voi myös olla, että lääkityspoikkeamia tapahtuu enemmän suhteessa muihin vaaratapahtumiin. Brady ym. (2009, 680–681, 693) painottaa lääkityspoikkeamien raportoinnin tärkeyttä, koska raportoinnin avulla virheiden synty voidaan ehkäistä ja niistä voidaan oppia. Tässä tutkimuksessa ristiriitaista oli, että lääkityspoikkeamat koettiin harvinaisiksi, mutta niistä tehtiin eniten HaiPro-ilmoituksia.

8.4 Raportointiaktiivisuuteen liittyvät tekijät

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että raportointiaktiivisuuteen vaikuttivat monet eri tekijät. Sisätautisairaalan hoitajat eivät kokeneet pelkoa raportointia kohtaan, mikä on havaittu myös Koivusen ym. (2007,12–15) tuloksissa. Tästä voi päätellä, että Suomessa hoitajilla ei ole erityisiä pelkoja raportointia ja siitä aiheutuvia seurauksia kohtaan. Dunn'n (2003, 58–60) ja Leapen (2000, 145) mukaan taas hoitajilla on pelkoja liittyen vaaratapahtumien raportointiin. Esimerkiksi rangaistuksen pelkoa pidetään merkittävänä syynä virheiden ilmoittamatta jättämiseen. Pelkoihin liittyvän ristiriidan taustalla saattaa olla maiden väliset erot hoitokulttuurissa. Hoitokäytännöt ja -ympäristöt ovat erilaisia, minkä takia potilasturvallisuus toteutuu eri tavoin. Vaaratapahtumat voivat olla hyvin erilaisia ja asennoituminen niiden ehkäisyyn voi vaihdella. Syynä pelkojen vähäisyyteen Suomessa voi olla HaiPron periaatteet: vapaaehtoisuus, rankaisemattomuus ja luottamuksellisuus, jotka Knuuttila ym. (2007, 9, 17) ovat tutkimuksessaan esittäneet. He painottavat myös, että raportointi tapahtuu anonyymisti eikä sillä haeta syyllistä, vaan tarkoituksena on oppia virheistä.

Tämän tutkimuksen perusteella sisätautisairaalan hoitajat pitivät ajanpuutetta merkittävimpana syynä ilmoittamatta jättämiseen yhdessä ilmoituksen tekemisen työläyden kanssa. Knuuttila ym. (2007, 9, 16–17) korostavat, että HaiPro on kehitetty helppo- ja nopeakäyttöiseksi, koska sosiaali- ja terveysalalla kiire on jokapäiväistä. Taylorin ym. (2004, 732) ja Chiang & Pepperin (2006, 395–396) tutkimuksissa huomattiin, että hoitajien ajanpuute johtaa työtehtävien priorisointiin, jolloin vaaratapahtumien raportointi voi jäädä toissijaiseksi. Kinnunen (2009, 132) huomauttaa, että ilmoituksen tekeminen ei vie paljon aikaa, mutta kuitenkin tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat eivät kokeneet aikaa olevan tarpeeksi ilmoitusten tekemiseen. Korostamalla raportoinnin yhteyttä potilasturvallisuuteen, voidaan saada parannettua raportoinnin asemaa työyhteisössä. Vaaratapahtumien ilmoittamisesta olisi hyvä tulla samanlaista rutiinia kuin päivittäinen kirjaaminen.

Positiivista oli huomata, että sisätautisairaalan hoitajille oli selvää, kenen vastuulla raportointi oli. Tämä on hyvänä pohjana, kun pyritään lisäämään raportointiaktiivisuutta. Sisätautisairaalan hoitajat eivät myöskään unohtaneet ilmoittaa vaaratapahtumista, mikä taas Koivusen ym. (2007, 12–15) mukaan vaikuttaa eniten raportoinnin tekemättä jättämiseen. Mikään yksittäinen syy ilmoittamatta jättämiseen ei noussut nyt saaduissa tuloksissa muita tärkeämmäksi. Toisaalta valmiiden vaihtoehtojen antaminen on voinut vaikuttaa tähän: on mahdollista, että vastaaja ei ole löytänyt sopivaa vaihtoehtoa. Hoitajat kokivat eri asioiden vaikuttavan ilmoittamisaktiivisuuteen, minkä takia yhtenäistä näkemystä ilmoittamista estävistä tekijöistä ei voida esittää.

Sisätautisairaalaista saaduista tutkimustuloksista ilmeni, ettei HaiPro-ohjelmaa osattu käyttää ja ilmoittaminen oli vähäistä. Tästä heräsi kysymys, minkälainen hoitajien asenne on vaaratapahtumien raportointia kohtaan. Tähän kysymykseen ei kuitenkaan saatu vastausta tämän tutkimuksen perusteella. Huono asennoituminen HaiPro-ohjelmaa kohtaan voi vaikuttaa ilmoittamisaktiivisuuteen. Ohjelmaa saatetaan pitää vain ylimääräisenä työnä, jos ei nähdä sen perimmäistä tarkoitusta parantaa potilasturvallisuutta. Sorra ym. (2008, 1937–1938) kuitenkin väittävät, että virheiden raportointiin on yleisesti hyvin asennoiduttu.

HaiPron käytön lisäämiseksi tulisi löytää tekijöitä, jotka innostavat ilmoittamaan vaaratapahtumista. Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta, mikä voidaan ymmärtää niin, että he ovat valmiita opettelemaan HaiPron käyttöä ja lisäämään raportointia. Tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat uskoivat ilmoittamisen pakollistamisen lisäävän ilmoittamisaktiivisuutta. Taylorin ym. (2004, 733) tutkimuksessa pääasiassa lääkärit kokevat pakollistamisesta olevan hyötyä. On huolestuttavaa, että hoitajat kokevat ilmoittamisen pakollistamisen hyväksi vaihtoehdoksi potilasturvallisuuden parantamiseen. Hoitajien olisi hyvä ymmärtää, että potilasturvallisuus edistää myös heidän omaa turvallisuuttaan ja siten parantaa työhyvinvointia (Knuuttila ym. 2007, 10,14,17).

8.5 HaiPron käytön seuraukset

Sisätautisairaalan osastojen ja poliklinikan hoitajat olivat sitä mieltä, että HaiPron käytöstä ei ole seurannut merkittäviä muutoksia työyksiköissä. Yksittäiset henkilöt tässä tutkimuksessa olivat kuitenkin nähneet HaiPron tuovan positiivisia muutoksia, muun muassa toimintakäytänteisiin ja työohjeisiin. Kinnunen ym. (2009, 117–118) selvittävät, että HaiPron tarkoituksena on kehittää terveydenhuollon yksiköiden toimintaa ja auttaa havaitsemaan niissä piileviä ongelmia. Kinnunen ym. toteavat tuloksissaan myös, että HaiPron käyttöönotkokokemukset ovat olleet positiivisia ja monenlaisia muutoksia on saatu aikaan, esimerkiksi virheistä on opittu puhumaan.

Tässä työssä esiin tullut muutosten vähäisyys voi aiheutua monista tekijöistä. Jos ilmoitusten määrä on vähäinen, on muutosten aikaansaaminen vaikeaa, koska virheet eivät tule tietoisuuteen eikä niihin voida siksi vaikuttaa. Toisaalta syynä voi olla raportointiprosessin toimimattomuus. Vaikka ilmoituksia tehtäisiin, voi olla etteivät käsittelijät vie asiaa eteenpäin ja siten hoitajat eivät tule tietoisiksi vaaratapahtumista. Nyt saatujen tulosten perusteella ei saada selville, minkälainen rooli käsittelijällä oli sisätautisairaalan osastoilla ja poliklinikalla. Kinnusen (2009, 127) mukaan käsittelijän tehtävänä on luokitella vaaratapahtumat ja analysoida niiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Knuutila (2007, 42,46) lisää, että käsittelijän tulisi miettiä myös, miten tapahtuman synty voidaan jatkossa estää.

8.6 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotuksia

Nyt saatujen tutkimustulosten pohjalta herää ajatuksia erilaisista kehittämiskohteista sisätautisairaalan osastoille ja poliklinikalle. Tietoisuutta

vaaratapahtumista tulisi lisätä, jotta hoitajat ymmärtäisivät paremmin vaaratapahtumien moninaisuuden ja siten pystyisivät paremmin tunnistamaan niitä. Vaaratapahtumiin olisi hyvä kiinnittää enemmän huomiota, jotta havaittaisiin niiden yleisyys ja pystyttäisiin estämään niiden synty jatkossa. Tämä on ensimmäinen askel hyvän potilasturvallisuuden toteutumiseen. Toiseksi hoitajille olisi hyvä järjestää koulutusta HaiPro-ohjelman tarkoituksesta ja sen käytöstä. Ilmoitusten tekeminen on mahdotonta, jos ohjelmaa ei osata käyttää. Ilmoittajan tulisi myös ymmärtää, miten HaiPro toimii ja mihin sillä pyritään. Haasteena on, että raportointiprosessin tulisi toimia kokonaisuudessaan eikä pelkkä ilmoitusten tekeminen riitä, mikäli sillä halutaan parantaa potilasturvallisuutta.

Aihe vaatii jatkotutkimuksia, koska tämä tutkimus rajoittui vain yhteen erikoisalaan ja sairaalaan. Tutkimuksen avulla saatiin käsitys tutkimukseen osallistuneiden Turun sisätautisairaalan osastojen ja poliklinikan hoitajien HaiPro-osaamisesta ja käyttöaktiivisuudesta. Tutkimustuloksia voidaan jossain määrin yleistää koko työyksikköä koskevaksi, vaikka vastaajamäärä oli vähäinen. Jatkossa olisi hyvä laajentaa tutkimuskohdetta eri erikoisaloihin ja muihin sairaaloihin. Jatkotutkimuksissa voisi tarkastella hoitajien asenteen vaikutusta HaiPro-ohjelman käyttöaktiivisuuteen. Olisi mielenkiintoista tietää, mikä hoitajien mielestä on esteenä vaaratapahtumien ilmoittamiseen, koska tässä tutkimuksessa varsinaista selittävää tekijää ei löytynyt. Kiinnostavaa olisi tutkia, lisääntyisikö vaaratapahtumien raportointi, jos hoitajille pidettäisiin koulutusta HaiPron käytöstä. Tutkimuksen avulla saataisiin arvokasta tietoa, kuinka paljon ilmoittamisaktiivisuuteen vaikuttavat hoitajien HaiPron käytön osaamattomuus ja tiedon puute ohjelman hyödyistä. Tällainen tutkimus vaatisi kuitenkin laajempaa kartoitusta hoitajien HaiPro-osaamisesta sekä ennen että jälkeen koulutuksen.

LÄHTEET

Anderson, D. & Webster, C. 2001. A systems approach to the reduction of medication error on the hospital ward. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 35 No.1, 34-41.

Brady, A-M.; Malone, A-M. & Fleming, S. 2009a. Literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *Journal of Nursing Management* Vol. 17, 679-697.

Brady, A-M.; Redmond, R.; Curtis, E.; Fleming, S.; Keenan, P.; Malone, A-M. & Sheerin, F. 2009b. Adverse events in health care: a literature review. *Journal of Nursing Management* Vol. 17, 155-164.

Chiang, H-Y. & Pepper, G. 2006. Barriers to nurses' reporting of medication administration errors in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship* Vol. 38 No. 4, 392-399.

Croke, E. 2003. Nurses, Negligence and Malpractice. *American Journal of Nursing* Vol. 103 No. 9, 54-63.

Dunn, D. 2003. Home study program. Incident reports – Their purpose and scope. *AORN Journal* Vol. 78 No. 1, 46-66.

Field, S.; Mazor, K.; Briesacher, B.; DeBellis, K. & Gurwitz, J. 2007. Adverse drug events resulting from patient errors in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* Vol. 55 No. 2, 271-276.

HaiPro 2011. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 26.1.2011. Saatavissa myös <http://www.haipro.fi>.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 5. painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S.; Murtonen, I.; Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-5. painos. Porvoo: WSOY.

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

Keistinen, T.; Kinnunen, M. & Holm, T. 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. *Suomen lääkirlehti* Vol. 44, 3785–3789.

Kinnunen, M. 2009. Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. Teoksessa Kinnunen, M & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 117–138.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniolotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Kinnunen, M & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 77–97.

Knight, D. 2004. Incident Reporting: every nurse's responsibility. *Pediatric Nursing* Vol. 16 No. 1, 23–27.

Knuutila, J.; Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi. Helsinki: Lääkelaitos. Viitattu 15.10.2010. Saatavissa myös <http://www.hapro.fi/fin/julkaisut.aspx>.

Koivunen, E.; Kankkunen, P. & Suominen, T. 2007. Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. Tutkiva hoitotyö Vol. 3, 10–15.

Leape, L. 2000. Reporting of medical errors: time for a reality check. Quality Health Care Vol. 9 No. 3, 144–145.

Mrayyan, M.; Shishani, K. & Al-Faouri, I. 2007. Rate, causes and reporting of medication errors in Jordan: nurses' perspectives. Journal of Nursing Management Vol. 15, 659-670.

Partanen, P.; Heikkinen, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2005. Sairaanhoidajien työolobarometri 2004. Suomen sairaanhoidajaliitto ry:n jäsenkysely. Viitattu 2.10.2010. Saatavissa myös <http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/@Bin/1472413/Tyoolobarometri-1.pdf>.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2. painos. Helsinki; Porvoo: WSOY.

Ruuhilehto, K. & Knuutila, J. 2008. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 11.4.2011. Saatavissa myös http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3725.pdf

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 29–41.

Sorra, J.; Nieva, V.; Fastman, B.; Kaplan, H.; Schreiber, G. & King, M. 2008. Staff attitudes about event reporting and patient safety culture in hospital transfusion services. Transfusion Vol. 48, 1934–1942..

Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 194/2010. Terveysthuoltolaki parantaa asiakkaiden asemaa. Viitattu 4.10.2010. Saatavissa myös <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1512997#fi>.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Taylor, J.; Brownstein, D.; Christakis, D.; Blackburn, S.; Strandjord, T.; Klein, E. & Shafii, J. 2004. Use of Incident Reports by Physicians and Nurses to Document Medical Errors in Pediatric Patients. Pediatrics Vol. 114 No. 3, 729–735.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 7.4.2011. Saatavissa myös www.tenk.fi/HTK/index.htm#kaytanta.

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoidajien kokemana. Pro gradu –tutkielma. Tampere: Hoitotieteen laitos.

Saatekirje ja kyselylomake

Hei!

Olemme Turun ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoitus on selvittää, miten HaiPron käyttö toteutuu käytännössä sekä mitkä tekijät helpottavat ja mitkä ovat esteenä HaiPron käytölle sisätautisairaalan hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimme myös minkälaisia vaaratapahtumia sisätautisairaalan osastoilla ja poliklinikoilla ilmoitetaan ja mitkä tekijät niiden syntyyn vaikuttavat.

Vastauksesi on tärkeä, koska potilasturvallisuuden kehittäminen on ajankohtainen ja tärkeä aihe hoitotyölle. HaiPro-ohjelman käyttöä tulisi lisätä ja sen merkitystä korostaa työyhteisöissä. Näiden tavoitteiden toteutumiseksi on tärkeä saada tietoa, miten hoitajat vaaratapahtumien raportoinnin kokevat.

Kysely toteutetaan Turun sisätautisairaalan osastoilla ja poliklinikoilla. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat kaikki näiden yksiköiden hoitajat. Valitsimme sisätautisairaalan tutkimuskohteeksi, koska koemme sen erikoisalut monipuolisiksi ja siksi erityisen sopiviksi tähän tutkimukseen.

Tähän kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaajan henkilöllisyys ei paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja ainoastaan me analysoimme vastauksianne. Opinnäytetyömme valmistuu kevään 2011 aikana. Lähetämme valmiin opinnäytetyön ylihoitajalle, jolta saat sen halutessasi luettavaksi.

Palauta täytetty lomake sisäisessä postissa ylihoitaja Minna Ylöselle. **Vastausaika päättyy 30.1.2011.** Toivomme, että ehdit vastata siihen mennessä.

Kiitos vastauksestasi!

Ystävällisin terveisin,

Anna Pelkonen, Suvi Leino ja Eveliina Mäki

KYSELYLOMAKE: HAIPRON KÄYTTÖ JA VAARATAPAHTUMAT

1. Työyksikkö

- 1 Osasto
- 2 Poliklinikka

2. Ikä _____

3. Ammattinimike

- 1 Perushoitaja / Lähihoitaja
- 2 Sairaanhoidaja
- 3 Jokin muu, mikä? _____

4. Työsuhde

- 1 Vakituinen
- 2 Määräaikainen
- 3 Sijainen

5. Kuinka kauan olet toiminut tämänhetkisessä ammatissasi? _____

6. Kuinka monta kertaa olet viimeisen vuoden aikana tehnyt HaiPro-ilmoituksen?

- 1 En kertaakaan
- 2 1-5 kertaa
- 3 6-10 kertaa
- 4 11-15 kertaa
- 5 yli 15 kertaa

7. Osaan käyttää HaiPro-ohjelmaa

Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

Täysin eri mieltä

5

8. HaiPro on helppokäyttöinen

Täysin samaa mieltä			Täysin eri mieltä		
1	2	3	4	5	

9. HaiPro edistää potilasturvallisuutta

Täysin samaa mieltä			Täysin eri mieltä		
1	2	3	4	5	

10. Arvioi HaiPron käytöstä seuranneita muutoksia

	Täysin samaa mieltä			Täysin eri mieltä		
	1	2	3	4	5	
1 Ei mitään muutoksia	1	2	3	4	5	
2 Työohjeita on parannettu	1	2	3	4	5	
3 Työilmapiiri on tullut avoimemmaksi	1	2	3	4	5	
4 Virheistä keskustellaan avoimesti osastolla	1	2	3	4	5	
5 Tietoisuus vaaratapahtumista on lisääntynyt	1	2	3	4	5	
6 Toimintakäytänteitä on muutettu turvallisemmiksi	1	2	3	4	5	
7 Kirjaaminen on huolellisempaa	1	2	3	4	5	
8 Tiedonkulku on parantunut	1	2	3	4	5	

11. Arvioi näiden vaaratapahtumien yleisyyttä osastollanne

	Erittäin tavallinen			Erittäin harvinainen		
	1	2	3	4	5	
1 Lääkehoitoon liittyvä virhe	1	2	3	4	5	
2 Potilaan kaatuminen / putoaminen	1	2	3	4	5	
3 Sairaalainfektio	1	2	3	4	5	

4	Hoidosta aiheutunut painehaava	1	2	3	4	5
5	Potilaan karkaaminen	1	2	3	4	5
6	Kirjaamisvirhe	1	2	3	4	5
7	Potilaan tunnistaminen väärin	1	2	3	4	5
8	Potilaan siirtoon / kuljetukseen liittyvä virhe	1	2	3	4	5
9	Kotiutukseen liittyvä virhe	1	2	3	4	5
10	Varotoimien laiminlyönti	1	2	3	4	5
11	Hoitajan sopimaton käytös potilasta kohtaan	1	2	3	4	5

12. Olen tehnyt näistä vaaratapahtumista **HaiPro-ilmoituksen** viimeisen vuoden aikana

	Yli 5 krt	4-5	2-3	1	En kertaakaan	
1	Lääkehoitoon liittyvä virhe	1	2	3	4	5
2	Potilaan kaatuminen / putoaminen	1	2	3	4	5
3	Sairaalainfektio	1	2	3	4	5
4	Hoidosta aiheutunut painehaava	1	2	3	4	5
5	Potilaan karkaaminen	1	2	3	4	5
6	Kirjaamisvirhe	1	2	3	4	5
7	Potilaan tunnistaminen väärin	1	2	3	4	5
8	Potilaan siirtoon / kuljetukseen liittyvä virhe	1	2	3	4	5
9	Kotiutukseen liittyvä virhe	1	2	3	4	5
10	Varotoimien laiminlyönti	1	2	3	4	5
11	Hoitajan sopimaton käytös potilasta kohtaan	1	2	3	4	5

13. Olen tehnyt näistä **lääkitykseen** liittyvistä virheistä HaiPro-ilmoituksen viimeisen vuoden aikana

	Yli 5 krt	4-5	2-3	1	En kertaakaan	
1	Jakovirhe	1	2	3	4	5
2	Antovirhe	1	2	3	4	5

3 Säilytysvirhe	1	2	3	4	5
4 Käsittelyvirhe	1	2	3	4	5
5 Määräysvirhe	1	2	3	4	5
6 Laskuvirhe	1	2	3	4	5
7 Potilaasta johtuva virhe (esim. ilmoittaa kotilääkkeensä väärin)	1	2	3	4	5

14. Jätin ilmoittamatta vaaratapahtumasta HaiPro-ohjelmaan, koska

	Täysin samaa mieltä			Täysin eri mieltä	
1 aikaa ei ollut riittävästi	1	2	3	4	5
2 pelkäsin rangaistusta	1	2	3	4	5
3 pelkäsin epäpäteväksi leimautumista	1	2	3	4	5
4 pelkäsin maineen menetystä	1	2	3	4	5
5 en osannut käyttää HaiPro:a	1	2	3	4	5
6 ilmoituksen tekeminen on työlästä	1	2	3	4	5
7 en pitänyt virhettä vakavana	1	2	3	4	5
8 en tiennyt kenen vastuulla ilmoittaminen on	1	2	3	4	5
9 en tunnistanut vaaratapahtumaa	1	2	3	4	5
10 potilaalle ei aiheutunut haittaa	1	2	3	4	5
11 unohdin	1	2	3	4	5
12 en uskonut raportoinnin johtavan parannuksiin	1	2	3	4	5

15. Käyttäisin HaiPro-ohjelmaa aktiivisemmin, jos

	Täysin samaa mieltä			Täysin eri mieltä	
1 aikaa olisi enemmän	1	2	3	4	5
2 esimies kannustaisi ilmoittamiseen	1	2	3	4	5
3 työilmapiiri olisi ilmoittamista rohkaiseva	1	2	3	4	5

4	raportoinnista olisi näkyvää hyötyä	1	2	3	4	5
5	ohjelman käyttöön saisi lisäkoulutusta	1	2	3	4	5
6	ilmoittaminen olisi pakollista	1	2	3	4	5
7	ilmoittamislomake olisi selkeämpi	1	2	3	4	5

16. Vaaratapahtuma aiheutuu mielestäni useimmiten

- 1 Hoitajan / potilaan toiminnasta
- 2 Ympäristön vaikutuksesta (esim. laitevirhe tai osaston ahtaus)

17. Arvioi vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavia tekijöitä

	Erittäin tavallinen			Erittäin harvinainen		
1	Kiire	1	2	3	4	5
2	Liian vähän henkilökuntaa	1	2	3	4	5
3	Liian suuri työmäärä	1	2	3	4	5
4	Työn keskeytyminen (esim. puhelu)	1	2	3	4	5
5	Toimintaohjeiden laiminlyönti	1	2	3	4	5
6	Huolimattomuus	1	2	3	4	5
7	Riittämätön perehdytys	1	2	3	4	5
8	Sijaisten tietämättömyys osaston toimintatavoista	1	2	3	4	5
9	Välinpitämättömyys	1	2	3	4	5
10	Epäselvät työohjeet	1	2	3	4	5
11	Laitteen toimimattomuus	1	2	3	4	5
12	Tilojen ahtaus	1	2	3	4	5

Liitetaulukot

Liitetaulukko 1: HaiPro-ilmoitusten määrä viimeisen vuoden aikana

	yli 5 krt		4-5 krt		2-3 krt		1 krt		en kertaakaan	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
Lääkehoitoon liittyvä virhe	1	3%	1	3%	2	5%	7	19%	26	70%
Potilaan kaatumisen/putoaminen	0	0%	0	0%	1	3%	4	11%	30	86%
Sairaalainfektio	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	34	97%
Painehaava	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	34	97%
Potilaan karkaaminen	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	34	97%
Kirjaamisvirhe	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	34	97%
Potilaan tunnistusvirhe	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	35	100%
Potilaan siirtoon/kuljetukseen liittyvä virhe	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	35	100%
Kotiutukseen liittyvä virhe	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	34	97%
Varotoimien laiminlyönti	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	34	97%
Hoitajan sopimaton käytös potilasta kohtaan	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	34	100%

Liitetaulukko 2: Lääkitykseen liittyvien HaiPro-ilmoitusten määrä viimeisen vuoden aikana.

	yli 5 krt		4-5 krt		2-3 krt		1 krt		en kertaakaan	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
Jakovirhe	1	3%	1	3%	2	6%	2	6%	29	83%
Antovirhe	1	3%	0	0%	2	6%	7	20%	25	71%
Säilytysvirhe	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	34	100%
Käsittelyvirhe	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	33	97%
Määräysvirhe	0	0%	0	0%	0	0%	2	6%	32	94%
Laskuvirhe	0	0%	0	0%	1	3%	1	3%	32	94%
Potilaasta johtuva virhe	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	33	97%

Liitetaulukko 3: Vaaratapahtumien yleisyys osastolla

	erittäin tavallinen		2		3		4		erittäin harvinaisen	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
	Lääkehoitoon liittyvä virhe	1	3%	4	13%	9	28%	7	22%	11
Potilaan kaatumisen/putoaminen	6	18%	7	21%	10	29%	7	21%	4	12%
Sairaalainfektio	2	6%	9	27%	9	27%	5	15%	8	24%
Painehaava	0	0%	3	9%	6	18%	6	18%	18	55%
Potilaan karkaaminen	0	0%	5	15%	12	36%	3	9%	13	39%
Kirjaamisvirhe	1	3%	8	24%	9	27%	9	27%	6	18%
Potilaan tunnistusvirhe	0	0%	2	6%	5	15%	9	26%	18	53%
Potilaan siirtoon/kuljetukseen liittyvä virhe	1	3%	1	3%	5	15%	9	26%	18	53%
Kotiutukseen liittyvä virhe	0	0%	2	6%	6	18%	13	38%	13	38%
Varotoimien laiminlyönti	0	0%	2	6%	4	12%	13	38%	15	44%
Hoitajan sopimaton käytös potilasta kohtaan	0	0%	2	6%	5	15%	10	30%	16	48%

Liitetaulukko 4: Vaaratapahtuma aiheutuu mielestäni useimmiten

		f	f%	F%
Valid	hoitajan/potilaan toiminnasta	27	90,0	90,0
	ympäristön vaikutuksesta	3	10,0	100,0
	Total	30	100,0	
Missing	System	10		
Total		40		

Liitetaulukko 5: Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat tekijät

	erittäin tavallinen				erittäin harvainen					
	1		2		3		4		5	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
Kiire	15	43%	16	46%	3	9%	1	3%	0	0%
Liian vähän henkilökuntaa	14	40%	16	46%	4	11%	1	3%	0	0%
Liian suuri työmäärä	13	37%	16	46%	4	11%	2	6%	0	0%
Työn keskeytyminen	12	34%	15	43%	3	9%	4	11%	1	3%
Toimintaohjeiden laiminlyönti	0	0%	3	9%	12	35%	14	41%	5	15%
Huolimattomuus	1	3%	7	20%	11	31%	12	34%	4	11%
Riittämätön perehdytys	3	9%	10	29%	15	43%	4	11%	3	9%
Sijaisten tietämättömyys osaston toimintatavoista	4	11%	13	37%	14	40%	3	9%	1	3%
Välinpitämättömyys	0	0%	3	9%	10	29%	10	29%	12	34%
Epäselvät työohjeet	0	0%	7	20%	14	40%	8	23%	6	17%
Laitteen toimimattomuus	0	0%	5	15%	13	38%	12	35%	4	12%
Tilojen ahtaus	3	9%	11	31%	11	31%	8	23%	2	6%

Liitetaulukko 6: HaiPron käytöstä seuranneet muutokset (1= täysin samaa mieltä, 5= täysin eri mieltä)

	n	min	max	ka	kh
Ei mitään muutoksia	25	1	5	2,52	1,418
Työohjeita parannettu	27	1	5	3,63	1,182
Työilmapiiri tullut avoimemmaksi	27	2	5	3,96	1,091
Virheistä keskustellaan avoimesti	27	2	5	3,63	1,245
Tietoisuus vaaratapahtumista lisääntynyt	26	1	5	3,69	1,320
Toimintakäytännöt muutettu turvallisemmiksi	27	1	5	3,59	1,279
Kirjaaminen huolellisempaa	27	2	5	3,63	1,043
Tiedonkulku parantunut	27	2	5	3,78	1,155
Valid N (listwise)	25				

Liitetaulukko 7: HaiPron käytöstä seuranneita muutoksia

	täysin samaa									
	mieltä		2		3		4		täysin eri mieltä	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
Ei mitään muutoksia	9	36%	3	12%	7	28%	3	12%	3	12%
Työohjeita parannettu	1	4%	3	11%	10	37%	4	15%	9	33%
Työilmapiiri tullut avoimemmaksi	0	0%	3	11%	7	26%	5	19%	12	44%
Virheistä keskustellaan avoimesti	0	0%	7	26%	6	22%	4	15%	10	37%
Tietoisuus vaaratapahtumista lisääntynyt	1	4%	5	19%	6	23%	3	12%	11	42%
Toimintakäytännöt muutettu turvallisemmiksi	1	4%	5	19%	8	30%	3	11%	10	37%

Kirjaaminen huolellisempaa	0	0%	3	11%	12	44%	4	15%	8	30%
Tiedonkulku parantunut	0	0%	4	15%	9	33%	3	11%	11	41%

Liitetaulukko 8: Ristiintaulukointi: Työyksikkö ja HaiPron käytöstä: Ei mitään muutoksia

			HaiPron käytöstä: Ei mitään muutoksia					
			täysin sama:			täysin eri mieltä		
			mieltä	2	3	4	tä	Total
Työyksikkö	osasto	Count	7	3	6	2	2	20
		% within Työyksikkö	35,0%	15,0%	30,0%	10,0%	10,0%	100,0%
	poliklinikka	Count	2	0	1	1	1	5
		% within Työyksikkö	40,0%	,0%	20,0%	20,0%	20,0%	100,0%
Total		Count	9	3	7	3	3	25
		% within Työyksikkö	36,0%	12,0%	28,0%	12,0%	12,0%	100,0%

Liitetaulukko 9: Ristiintaulukointi: Ikä luokiteltuna ja Osaan käyttää HaiProta?

			Osaan käyttää HaiProta?					
			täysin sa-				täysin eri	
			maa mieltä	2	3	4	mieltä	Total
Ikä luokitel- tuna	20-29	Count	0	0	1	2	3	6
		% within Ikä luokitel- tuna	,0%	,0%	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%
	30-39	Count	1	2	0	0	5	8
		% within Ikä luokitel- tuna	12,5%	25,0%	,0%	,0%	62,5%	100,0%
	40-49	Count	2	1	1	0	7	11
		% within Ikä luokitel- tuna	18,2%	9,1%	9,1%	,0%	63,6%	100,0%
	50-59	Count	2	3	3	1	6	15
		% within Ikä luokitel- tuna	13,3%	20,0%	20,0%	6,7%	40,0%	100,0%
Total		Count	5	6	5	3	21	40
		% within Ikä luokitel- tuna	12,5%	15,0%	12,5%	7,5%	52,5%	100,0%

Liitetaulukko 10: HaiPro on helppokäyttöinen?

		f	f%	F%
Valid	täysin samaa mieltä	5	19,2	19,2
	2	6	23,1	42,3
	3	11	42,3	84,6
	4	1	3,8	88,5
	täysin eri mieltä	3	11,5	100,0
	Total	26	100,0	
Missing	System	14		
Total		40		

Liitetaulukko 11: HaiPro edistää potilasturvallisuutta?

		f	f%	F%
Valid	täysin samaa mieltä	8	20,0	24,2
	2	8	20,0	48,5
	3	8	20,0	72,7
	4	7	17,5	93,9
	täysin eri mieltä	2	5,0	100,0
	Total		33	82,5
Missing	System	7	17,5	
Total		40	100,0	

Liitetaulukko 12: Ristiintaulukointi: Ammattinimike ja HaiPro edistää potilasturvallisuutta

		HaiPro edistää potilasturvallisuutta?					
		täysin samaa mieltä	2	3	4	täysin eri mieltä	Total
Ammattinimike	perushoitaja/lähihoitaja	4	2	2	1	1	10
		40,0%	20,0%	20,0%	10,0%	10,0%	100,0%
	sairaanhoitaja	4	6	6	6	1	23
		17,4%	26,1%	26,1%	26,1%	4,3%	100,0%
	jokin muu	0	0	0	1	0	1
		,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Total		8	8	8	8	2	34
		23,5%	23,5%	23,5%	23,5%	5,9%	100,0%

Liitetaulukko 13: Ilmoittamatta jättämisen syyt

	täysin samaa								täysin eri mieltä	
	mieltä		2		3		4			
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
Aikaa ei ollut riittävästi	6	26%	3	13%	2	9%	1	4%	11	48%
Pelkäsin rangaistusta	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	23	100%
Pelkäsin epäpäteväksi leimautumista	0	0%	0	0%	0	0%	2	9%	21	91%
Pelkäsin maineen menetystä	0	0%	0	0%	0	0%	2	9%	21	91%
En osannut käyttää HaiProa	6	23%	0	0%	5	19%	4	15%	11	42%
Ilmoituksen työläisyys	1	4%	6	26%	6	26%	2	9%	8	35%
En pitänyt virhettä vakavana	2	9%	3	13%	5	22%	2	9%	11	48%
En tiennyt kenen vastuulla ilmoittaminen oli	1	4%	1	4%	3	13%	2	8%	17	71%
En tunnistanut vaaratapahtumaa	1	4%	2	9%	6	26%	0	0%	14	61%
Potilaalle ei aiheutunut haittaa	1	4%	2	9%	4	17%	1	4%	15	65%
Unohdin	0	0%	3	13%	4	17%	1	4%	15	65%
En uskonut raportoinnin johtavan parannuksiin	1	4%	2	9%	7	30%	2	9%	11	48%

Liitetaulukko 14: Käyttäisin aktiivisemmin HaiProta jos..

	täysin samaa									
	mieltä		2		3		4		täysin eri mieltä	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
Aikaa olisi enemmän	9	36%	6	24%	4	16%	1	4%	5	20%
Esimies kannustaisi ilmoittamiseen	4	16%	4	16%	6	24%	4	16%	7	28%
Työilmapiiri olisi ilmoittamista rohkaiseva	5	20%	3	12%	5	20%	3	12%	9	36%
Raportoinnista olisi näkyvää hyötyä	9	38%	1	4%	8	33%	1	4%	5	21%
Ohjelman käyttöön saisi lisäkoulutusta	13	46%	5	18%	3	11%	0	0%	7	25%
Ilmoittaminen olisi pakollista	9	36%	2	8%	7	28%	1	4%	6	24%
Ilmoittamislomake olisi selkeämpi	2	9%	2	9%	9	39%	2	9%	8	35%