

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja AMK

Eveliina Aalto ja Sirpa Sani

HAIPRO- VAARA- JA HAITTATAPAHTUMIEN RAPORTOINTIJÄRJESTELMÄ
ESIMIESTEN TYÖVÄLINEENÄ JA TURVALLISUUDEN KEHITTÄJÄNÄ

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

AALTO, EVELIINA

HaiPro- vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmä

SANI, SIRPA

esimiesten työvälineenä ja turvallisuuden kehittäjänä

Opinnäytetyö

65 sivua + 16 liitesivua

Työn ohjaaja

Hilkka Dufva, Yliopettaja, TtT

Toimeksiantaja

Kaakon SOTE-INTO/ Etelä Kymenlaakson osahanke

Toukokuu 2012

Avainsanat

potilasturvallisuus, työturvallisuus, HaiPro- vaara- ja haitta tapahtumien raportointijärjestelmä, turvallisuuskulttuuri

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaiseksi Kotkan sosiaali- ja terveydenhuollon HaiPro- vaara- ja haittatapahtumailmoituksia käsittelevät esimiehet ovat kokeneet HaiPro-järjestelmän käytön sekä miten HaiPro-järjestelmä oli heidän arvioimaan hyödyttänyt potilas- ja työturvallisuutta. Tutkimus on osa Kaakon SOTE-INTO / Etelä- Kymenlaakson osahanketta. Kaakon SOTE-INTO / Etelä-Kymenlaakson osahanke on osa sosiaali- ja terveysministeriön kansallista sosiaali- ja terveydenhuollon KASTE-kehittämishjelmaa.

Tutkimus oli kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin puolistruktuoidulla kyselylomakkeella. Tutkimukseen osallistui 41 HaiPro- vaara- ja haittatapahtumailmoituksia käsittelevää esimiestä. Vastauksia palautettiin 37 ja vastausprosentti oli 90. Tutkimusaineisto analysoitiin PASW Statistics 19 -ohjelmalla (SPSS). Avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisesti sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan HaiPro-ohjelman käyttö oli edistänyt työyksikön työ- ja potilasturvallisuutta. Esimiesten mukaan henkilökunta tiesi, ettei HaiPron tarkoitus ole etsiä syyllisiä. HaiPron käyttöä edisti järjestelmän käytön helppous ja nopeus. Motivointi, muistuttaminen HaiPron käytöstä ja avoin keskusteluilmapiiiri edistivät HaiPro-ohjelman käyttöä esimiehen työvälineenä. Haittaaviksi tekijöiksi esimiehet arvioivat työntekijöiden ajanpuutteen sekä asenteet, joiden mukaan HaiPro-ilmoitusten laatimista ei aina koettu tärkeäksi.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Kaakon SOTE-INTO -hankkeen HaiPro-järjestelmän käyttökoulutusten suunnittelussa ja toteutuksessa sekä Kotkan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon esimiesten ja henkilökunnan HaiPro-koulutuksissa.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

AALTO, EVELIINA

HaiPro- Incident Reporting System as a Tool for Superiors
and for Developing Safety

SANI, SIRPA

Bachelor's Thesis

65 pages + 16 pages of appendices

Supervisor

Hilkka Dufva, Principal lecturer, PhD

Commissioned by

Kaakon SOTE-INTO/ Subproject for South Kymenlaakso

July 2012

Keywords

patient safety, occupational safety, HaiPro- incident reporting system, safety culture

The aims of the Bachelor's thesis were to study the experiences of the superiors processing the HaiPro-reports within the social and health care services in Kotka of the HaiPro- incident reporting system, and to determine how the system had been beneficial to patient and occupational safety. The study is part of the Kaakon SOTE-INTO/ South Kymenlaakso subproject. Kaakon SOTE-INTO/ South Kymenlaakso subproject belongs to the National Development Plan for Social Welfare and Health Care (Kaste-programme) of the Ministry of Social Affairs and Health.

The study was conducted quantitatively and the data was gathered using semi-structured questionnaires. 41 superiors processing the HaiPro-incident reports were involved in the study. 37 responses were received, yielding a response rate of 90 per cent. The quantitative data analysis was carried out with PASW Statistics 19 software (SPSS). Additionally, open-ended questions were analysed inductively using content analysis.

According to the findings, the HaiPro-system had improved the occupational and patient safety of the unit. The superiors felt that the staff was aware of HaiPro not intending to find persons to blame. User-friendliness and the speed of the system promoted its usage. The usage of the HaiPro-system as a tool for a superior was improved by motivating the users, reminding them to use the system and by creating an open communication atmosphere. The staff's shortage of time and the attitudes of regarding HaiPro-reporting as unimportant were considered as barriers to reporting to the system.

The results can be utilized in the planning and conduction of the HaiPro-system user trainings within Kaakon SOTE-INTO-project and in the ones targeted to the superiors and the staff of the social and health care services in Kotka.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	HAIPRO- VAARA- JA HAITTATAPAHTUMIEN RAPORTOINTIJÄRJESTELMÄ	7
3	ESIMIES VAARATAPAHTUMIEN KÄSITTELIJÄNÄ	12
	3.1 Terveysten- ja sosiaalihuollon turvallisuuskulttuuri	15
	3.2 Potilasturvallisuus	17
	3.2.1 Potilasturvallisuuteen liittyvä lainsäädäntö	22
	3.2.2 Potilasturvallisuuden käsitteitä	25
	3.3 Työturvallisuus	27
4	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TOTEUTUS	29
	4.1 Tutkimusongelmat	29
	4.2 Tutkimusaineiston hankinta	30
	4.3 Aineiston analyysi	33
	4.4 Tulosten esittäminen	34
5	TUTKIMUSTULOKSET	35
	5.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot	35
	5.2 HaiPro-ohjelma ja työyksikön työturvallisuus	38
	5.3 HaiPro-ohjelma ja työyksikön potilasturvallisuus	39
	5.4 HaiPro- vaara- ja haittatapahtumailmoitusten käsittely työyhteisössä	41
	5.5 HaiPro-työkalun käyttöä edistävät asiat tai seikat	46
	5.6 HaiPro-työkalun käyttöä haittaavat asiat tai seikat	50
6	POHDINTA JA PÄÄTELMÄT	52
	6.1 Tutkimuksen eettisyys	52
	6.2 Tutkimuksen luotettavuus	52
	6.3 Päätelemät tuloksista ja jatkotutkimusaiheet	54
	LÄHTEET	59

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Tutkimuslupa

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Kyselylomake

Liite 5. Muuttujataulukko

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Potilasturvallisuuteen on kiinnitetty huomiota enenemässä määrin 90-luvun puolivälistä lähtien. Kanada, Yhdysvallat, Australia, Uusi-Seelanti ja Iso-Britannia ovat olleet edelläkävijöitä potilasturvallisuuden kehittämässä. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 13.)

Vuonna 2004 WHO perusti organisaation ” World Alliance for Patient Safety” luodakseen edellytykset kansainväliselle potilasturvallisuustyölle. Allianssin tavoitteena oli tukea ja kehittää jäsenvaltioidensa potilasturvallisuuskulttuuria sekä potilasturvallisuutta edistävien menetelmien käyttöönottoa. WHO on asettanut useita kansainvälisiä potilasturvallisuuteen liittyviä työryhmiä ja kehittämishankkeita ohjeineen ja työkaluineen. Tärkeimpinä hankkeita ovat: Patients for patient safety; ryhmä, jossa potilaat tai omaiset edistävät potilasturvallisuutta kannustamalla ja tukemalla potilaiden ottamista mukaan kehitystyöhön, Clean care is safer care: käsihygienian kehittämisohjelma, jonka tavoitteena on vähentää infektioita, Guidelines for adverse events reporting and learning systems; ohjeistuksia haittatapahtumien raportointiin ja haittatapahtumista oppimiseen. (Peltomaa 2009, 22 - 24.)

Euroopan komissio perusti vuonna 2007 EU:n sisäisen verkoston EUNetPas:in (European Union Network for Patient Safety). Tavoitteena oli yhdenmukaistaa ja pitää ajan tasalla potilasturvallisuuskulttuuria jäsenvaltioissa, käynnistää potilasturvallisuusohjelmia sekä muodostaa EU:n sisäiset yhteneväiset potilasturvallisuusperiaatteet. (Peltomaa 2009, 22 - 24.)

Suomessa potilasturvallisuutta on lähdetty aktiivisesti edistämään vasta 2000-luvun puolivälin jälkeen (Kinnunen & Peltomaa 2009, 11). Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on asettanut tavoitteeksi suomalaisen potilasturvallisuuden kehittämisen eurooppalaiset vaatimukset täyttävälle tasolle. Potilasturvallisuuden on kuuluttava terveydenhuollon organisaatioiden päivittäiseen laadun hallintaan. (Snellman 2009, 33.) Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013 julkaistiin vuonna 2009. Sen tavoitteena on, että potilasturvallisuus ankkuroidaan toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin ja että sen myötä hoito on turvallista ja vaikuttavaa. (Snellman 2009, 35.)

Kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä tapahtuu virheitä. Valtaosa haitoista olisi es-tettävissä mutta se edellyttää virheiden, läheltä piti tapahtumien ja vahinkojen syiden perusteellista kartoitusta. Avoimesti keskustelemalla ja koulutuksen kautta opitaan erehdyksistä ja siten parannetaan hoidon laatua. Virheiden ja vahinkojen rakentava, avoin ja syyllistämätön käsittely esimiesten ja työtovereiden kanssa olisi saatava kaikkien työyhteisöjen tavaksi. (Pasternack 2006, 2459.)

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina oli Kaakon SOTE-INTO / Etelä-Kymenlaakson osahanke. Kaakon SOTE-INTO -hanke on puolestaan osa sosiaali- ja terveysministeriön kansallista sosiaali- ja terveydenhuollon KASTE-kehittämishjelmaa. Hankkeen tavoitteena on edistää kansalaisten itsenäistä suoriutumista, luoda integroidut palvelu-prosessit ja -rakenteet sosiaali- ja terveydenhuoltoon, vahvistaa henkilöstön osaamista, osallisuutta ja johtamista sekä hillitä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuskehitystä. (Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. 2012.)

Teimme kyselytutkimuksen Kotkan sosiaali- ja terveydenhuollon toimiyksiköiden HaiPro- vaara- ja haittatapahtumailmoituksia käsitteleville esimiehille. Tutkimuksessa selvitettiin HaiPro- vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmän hyödynnettävyyttä potilas- ja työturvallisuuteen. Tutkimuksessa haluttiin selvittää myös miten esimiehet pystyvät vaikuttamaan asenteisiin ja toimintakulttuuriin.

2 HAIPRO VAARA- JA HAITTATAPAHTUMIEN RAPORTOINTIJÄRJESTELMÄ

HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely sekä tietotekninen työkalu. HaiPro on käytössä yli 160 sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Käyttäjäyksiköiden koko vaihtelee sairaanhoitopiireistä terveyskeskuksiin. Käyttäjää on tällä hetkellä yli 98 000. Raportointi on tehty helpoksi ja se perustuu vapaaehtoisuuteen, luottamuksellisuuteen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. (Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2012.) HaiPro on www-selaimella käytettävä raportointijärjestelmä, johon henkilöstö voi anonymisti ilmoittaa hoidon läheltä piti sekä haittatilanteita. Järjestelmään oli joulukuun 2010 mennessä tehty yli 130 000 ilmoitusta. Yleisimmät järjestelmään ilmoitettavat asiat ovat olleet lääkitykseen liittyviä tapahtumia. Yleensä tapahtumista ei ole aiheutunut potilaalle haittaa. Kuitenkin noin yhdessä prosentissa ilmoitetuista tapahtumista haitta on ollut vakava. Tapahtumien taustalla on ollut yleensä tiedonkulkuun, potilaan sairauteen ja toimintatapoihin liittyviä ongelmia. (Ruuhilehto, Kaila,

Keistinen, Kinnunen, Vuolenkoski & Wallenius 2011, 1039.) Vuoden 2010 alusta järjestelmää on muutettu niin, että kaikenlaiset potilas- ja työturvallisuustapahtumat voidaan ilmoittaa samaan järjestelmään ja saada niistä myös omat tilastot (Ruuhilehto ym. 2011, 1036).

Vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kehittäminen aloitettiin vuonna 2005. Raportointijärjestelmä otettiin käyttöön keväällä 2008. HaiPro- vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmä kehitettiin Valtion Teknillisen Tutkimuskeskuksen (VTT), Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ja Lääkelaitoksen yhteistyönä. Pilottiorganisaatioina toimivat Peijaksen sairaala, Tampereen Lääkärikeskus ja Tampereen yliopistolaisen sairaalan sydänkeskus. (Seppä 2008, 12- 13.) Työkalun ylläpidosta ja jatkokehityksestä vastaa Awanic Oy (Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2012).

Eri maissa potilasturvallisuustyö on järjestetty eri tavoin. Esimerkiksi Isossa - Britanniassa National Patient Safety Agency (NPSA) toimii osana Ison Britannian terveydenhuoltojärjestelmää. NPSA on tehnyt oman ohjelman nimeltä ”Seven steps to patient safety for primary care”, jossa tuodaan esiin terveydenhuollon tapahtumien raportoinnin tärkeys. (NPSA 2006, 80) Yhdysvalloissa Joint Commission of the Accreditation on Health Organisations (JCAHO) julkaisee joka vuosi listan potilasturvallisuutta parantavista toimenpiteistä sekä aloitteista, joihin tulee kiinnittää erityistä huomiota potilasturvallisuuden ylläpitämiseksi. (Peltomaa 2009, 20 – 21.)

Pohjoismaista Tanska on ollut potilasturvallisuuden edelläkävijä. Tanskassa potilasturvallisuustyötä ohjaa muista terveydenhuollon rakenteista erillään oleva yksikkö ”Dansk Selskab for Patientsikkerhed” (DSFP). Sen alaisena toimivat alan ammattilaiset, potilaitten edustajat ja tutkijat. Tanskassa hyväksyttiin vuonna 2004 laki potilasturvallisuudesta, jonka mukaan terveydenhuoltohenkilöstö veloitettiin raportoimaan vaaratapahtumista. Tavoitteena oli kerätä tarkasti tietoa vaaratapahtumista, jotta niitä voitaisiin ehkäistä tehokkaasti. (Peltomaa 2009, 20 - 21.)

Kymenlaakson sairaanhoitopiirillä on suomen mittakaavassa pitkä historia potilasturvallisuustyössä. Kymenlaakson sairaanhoitopiiri lähti vuonna 2003 Stakesin riskien hallinta -hankkeeseen. Keskeinen tavoite hankkeessa oli potilasturvallisuuden kehittäminen. (Seppä 2008, 1209.)

Kotkan kaupunki otti HaiPro vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmän käyttöön terveydenhuollon alueella 2008. Seuraavaksi mukaan otettiin vanhustenhuolto 2010, johon kuuluivat hoivakodit ja kotihoito sekä sosiaalityö ja vammaispalvelut. Hammahuolto otti järjestelmän käyttöön 2011 ja mielenterveystyö 2012.

Kotkan sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtiin potilasturvallisuusilmoituksia 613 ja työturvallisuusilmoituksia 176 vuonna 2010. Seuraavana vuonna (2011) potilasturvallisuusilmoituksia tehtiin 603 ja työturvallisuusilmoituksia 190. Reilussa puolessa (57 %) potilasturvallisuusilmoituksista vuonna 2011, yleisin turvallisuuden vaarantaja oli tapaturma tai onnettomuus. Lääke- ja nestehoitoon liittyviä ilmoituksia oli viidennes (21 %), väkivaltatapauksia kuusi prosenttia ja tiedonkulkuun liittyviä viisi prosenttia. Kehittämistoimenpiteeseen on johtanut seitsemän prosenttia tapahtumista. Työtapahturmissa yleisimmät ilmoitetut vaaratyypit olivat vuonna 2011 väkivalta (46 %), fyysinen tai psyykinen kuormittuminen (17 %), pisto tai viilto (11 %) ja putoaminen, kaatuminen tai liukastuminen (6 %). Läheltä piti -tilanteita oli puolet ilmoituksista ja tapaturmaan johtaneita tapahtumia oli puolet. (Haimi-Liikkanen & Labbas 2011.)

Tapahtumien syitä ja syntymekanismia selvittämällä on ollut tarkoitus oppia tapahtumista, jotta löydettäisiin parhaiten tehoavat ennaltaehkäisevät ja tätä kautta korjaavat toimenpiteet potilasturvallisuuden parantamiseksi. Tavoitteena on ollut integroida raportointijärjestelmä osaksi työyksikköä, laatu-, turvallisuusjohtamis- tai toimintajärjestelmää (STM 2008, 16, 11.) Vaaratapahtumien raportoinnin tarkoituksena on, kerätä tietoa läheltä piti -tilanteista sekä haittatapahtumista. Tarkoituksena on myös tallentaa tietoja ja mahdollistaa tietojen jatkokäsittely, analysoida tapahtumat, oppia tapahtumista sekä kehittää toimintaa. (Kinnunen ym. 2009, 14.)

Vaaratapahtumien raportointimenettely on käytössä julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Organisaation työntekijöillä ja opiskelijoilla tulee olla mahdollisuus ilmoittaa kattavasti poikkeamista ja vaaratapahtumista. Ilmoittaminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja yksilön aloitteellisuuteen. Potilasturvallisuusilmoitus tehdään aina anonyymisti. Sattuneesta tapaturmasta ilmoitus tehdään nimellä. Ilmoitukset käsitellään luottamuksellisesti. Ilmoitukset tulevat vain erikseen nimettyjen henkilöiden käyttöön. Raportointi on helppoa ja yksinkertaista sekä kaikkien työntekijöiden käytettävissä. Raportoijalle tulevaa palautetta ja tietoa hyödynnetään suunnitelmallisesti ja tarkoituksenmukaisesti turvallisuuden ja toiminnan kehittämiseksi.

Turvallisuutta kehittäviä toimia ohjataan organisaation kehittämiseen sen kaikilla tasoilla. Raportointi on järjestelmällistä ja vastuut ja tehtävät on määritelty organisaatiossa. (Kinnunen ym. 2009, 12.)

Jokaiselta organisaatiolta vaaditaan merkittävää aktiivista panostusta henkilöstön kouluttamiseen ja raportointimenettelyn opetteluun, myös organisaation pääkäyttäjät ja muut tarvittavat ylläpitäjät nimetään erikseen (STM 2008,16, 19). Ilmoitusten käsittelijät saavat ilmoituksen uudesta ilmoituksesta, he voivat seurata tilastoja sekä lukea ja käsitellä ilmoituksia (Vaaratapahtumien raportoinnin vastuuhenkilöiden roolit ja oikeudet 2011).

Ilmoitukset tulevat jatkokäsittelyä varten nimetyille henkilöille eli käsittelijöille. Käsittelijöinä toimivat yleisimmin esimiehet. Heidän toiminnallaan on suuri merkitys työyhteisön toimintatapojen kehittämisessä. Hyötyäkseen raportointijärjestelmästä, yksikön pitää saada ilmoituksia, jotta saadaan tietoa vaaratapahtumista. Syyllisiä ei pidä etsiä vaan kehittää toimintaa yhdessä. HaiPro-järjestelmän hyötyjen toteutumisen edellytyksenä on se, että pitää saada aikaan muutoksia ja parannuksia. (Ruuhihilehto 2008, 39 - 40.) Vaaratapahtumien käsittelyllä pyritään organisaation tehtävää suorittavien henkilöitten työskentelyedellytysten parantumiseen ja heidän työtänsä koskevan ymmärryksen lisääntymiseen ja sitä kautta potilasturvallisuuden parantumiseen (Pietikäinen, Ruuhilehto & Heikkilä 2010, 24).

Yksittäisen ilmoituksen käsittely HaiPro-prosessissa alkaa ilmoittajan kirjattessa havainto järjestelmään. Havainto siirtyy tilaan ”odottaa käsittelyä”. Käsittelijä saa sähköpostiviestin havainnosta. Käsittelijä käy läpi tulleen ilmoituksen tai havainnon. Käsittelijä päättää vaatiiko havainto lisätietoja. Jos lisätietoja ei tarvita, käsittelijä analysoi tapahtuman ja kirjaa tiedot järjestelmään. Havainto siirtyy tilaan ”käsittelyssä”. Käsittelijä päättää, vaatiiko havainto toimenpiteitä. Jos toimenpiteitä ei tarvita, niin käsittelijä perustelee päätöksen järjestelmään. Havainto siirtyy tilaan ”valmis”. Jos toimenpiteitä tarvitaan, niin käsittelijä määrittelee toimenpiteet ja toteuttajan (yhdessä ryhmänsä kanssa). Toimenpiteen vastuuhenkilö toteuttaa määritellyt toimenpiteet ja raportoi käsittelijälle. Käsittelijä kirjaa tehdyt toimenpiteet järjestelmään, ja havainto siirtyy tilaan ”valmis”. Mietittäessä, vaatiiko havainto toimenpiteitä, havainto voidaan siirtää myös ylemmälle tasolle, jolloin ylempi vastuuhenkilö päättää asiasta ja määrittelee toimenpiteet ja toteuttajan. (Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 44.)

Yksikkötasolla raporttien tietoja hyödynnetään siten, että koko työyhteisö saa säännöllisesti tiedon ilmoitetuista vaaratapahtumista. Ilmoitettuja tapahtumia tarkastellaan yhdessä ja kehittämistoimia mietitään moniammatillisesti. Kehittämistoimien käynnistys ja muutosten vakiinnuttaminen ja seuranta tulee olla jonkun henkilön vastuulla. Esimiehen tehtävänä on organisoida säännölliset yksikön sisäiset keskustelut ja analyysit sekä tehokas viestintä koko työyksikössä. Kehittämistoimenpiteitä voidaan toteuttaa työyksikössä tai niistä voidaan tehdä ehdotuksia organisaation kyseessä olevan asian vastuutaholle. Vaaratapahtumatietojen pohjalta tehtyjen suositusten tulee johtaa johonkin korjaavaan toimenpiteeseen. Näillä toimenpiteillä voidaan vastaava tilanne tulevaisuudessa välttää tai hallita paremmin. (STM 2010, 23.)

Organisaatio- ja aluetasolla raporttien tietoja hyödynnetään nostamalla esiin potilasturvallisuutta vaarantavia tai siihen vaikuttavia tilanteita joiden arvellaan toistuvan eri yksiköissä. Hyvien käytäntöjen levittäminen, jotka on suunniteltu raportoinnin pohjalta, on turvallisuuden kehittämisessä oleellista. (STM 2010, 23.) Valtakunnallisesti tietoja hyödynnetään tuottamalla ajantasaisia tietoja potilasturvallisuuden hyvistä käytännöistä (STM 2010, 23).

Seppälän (2011, 51) tutkimuksessa HaiPro-järjestelmä oli koettu haittatapahtumien seurannan apuna. Haittatapahtumia käytiin läpi osastotunneilla ja niiden avulla koettiin, että oli helppo keskustella asioista ja oli paremmat mahdollisuudet vaikuttaa turvallisiin hoitokäytäntöihin. HaiPro-ilmoituksia tehtiin pääasiassa lääkkeisiin liittyvissä vaaratilanteissa ja väkivaltatilanteet kirjattiin erilliselle lomakkeelle. Osastohoitajien haastatteluissa tuli ilmi hoitajien motivoituneisuus HaiPro-ilmoitusten tekoon. Hoitajat olivat väsyneitä sähköisten järjestelmien lisääntyneeseen käyttöön, eikä haittatapahtumia ollut kirjattu HaiPro-järjestelmään.

Härkänen (2011, 82) selvitti tutkimuksessaan HaiPro-järjestelmään kertynyttä aineistoa lääkityspoikkeamista. Suurimmassa osassa poikkeamia ei ollut haittaa potilaille (65,7 %). Vakavia seuraamuksia aiheutui vajaassa puolessa prosentissa (0,3 %) poikkeamista. Lääkkeen antovirheet (39,9 %) ja kirjaamisvirheet (25,2 %) olivat yleisimmät poikkeamat. Lääkityspoikkeamat huomattiin yleisimmin kirjatessa ja kirjauksia lukiessa (21 %) tai potilasta lääkitessä. Merkittävimpiä poikkeaman syntymiseen vaikuttavia tekijöitä olivat kommunikaatio ja tiedonkulku sekä työympäristö, välineet ja resurssit. Lääkityspoikkeamien syntyä voidaan parhaiten henkilökunnan mielestä estää

parantamalla tarkkaavaisuutta ja huolellisuutta sekä kehittämällä yhteisiä ohjeita ja hoitolinjoja.

Vaasan sairaanhoitopiirin alueella tehtiin ensimmäisten 12 kuukauden aikana HaiPro-järjestelmän käyttöönotosta 1212 vaaratapahtuman ilmoitusta. Ilmoituksista hieman yli puolet (51,2 %) koski läheltä piti tilannetta ja vajaa puolet (48,8 %) oli haittatapahtumia. Eniten tehtiin ilmoituksia lääke- ja nestehoitoon liittyen (34,2 %). Ne jakautuivat jako-, anto-, kirjaamis- ja määräämisvirheisiin. Toiseksi yleisin (20,4 %) ilmoitustyyppi liittyi tiedonhallintaan ja tiedonkulkuun. Tapaturmat muodostivat kolmanneksi suurimman ryhmän (12,1 %). Yleensä vaaratilanteista ei ollut haittaa potilaille (47,9 %), tai sitten haitta luokiteltiin lieväksi (28,1 %). Vakava haitta ilmoituksista seurasi alle kahdessa prosentissa tapauksista. Vaaratilanteista syntyi hoitavalle yksikölle lisätyötä tai tarvittiin vähäisiä hoitotoimenpiteitä kolmanneksessa tapauksista (31,8 %). (Keistinen, Kinnunen & Holm 2008, 3786.)

Kuisman (2010, 51, 53) tutkimus vahvisti aiempaa tietoa siitä, että vaaratapahtumien raportointijärjestelmän tiedoilla selvitetään työyksikössä yleisimmin esiintyvät vaaratyytit sekä tekijät, jotka vaikuttavat vaaratapahtumien syntyyn. HaiPro-järjestelmästä saadaan esille keskeiset potilasturvallisuuden osa-alueet yksiköittäin ja toimialueittain.

3 ESIMIES VAARATAPAHTUMIEN KÄSITTELIJÄNÄ

Esimiestyö vaikuttaa koko työyhteisöön ja sen yksittäisiin jäseniin. Esimies on avainasemassa luodessaan työpaikan kulttuuria ja ilmapiiriä. Työyhteisön jäsenten on voitava luottaa häneen kaikissa tilanteissa. Näkyvän johtamisen merkitys korostuu kriisitilanteissa, koska silloin tarvitaan enemmän jatkuvuutta ja turvallisuutta. Esimies ohjaa omalla esimerkillään ja näkyvyydellään työntekijöitä ottamaan vastuun omasta toiminnastaan ja ohjaa heitä löytämään ratkaisuja ongelmatilanteisiin. Käsitys ja luottamus yhteisestä tavoitteesta mitataan usein ongelma- tai kriisitilanteissa esimiehen ja hänen toimintaansa. Esimiehen toimissa ja teoissa tulevat näkyviksi ne asiat, joita hän todellisuudessa arvostaa. Hänen pitää pystyä perustelemaan tarvittavat päätökset henkilöstölle ja saada heidät ymmärtämään niiden tarpeellisuus. Esimiehen pitää pystyä viemään ja ohjaamaan yksikköään eteenpäin organisaation strategian mukaisesti. (Koivukoski ym. 2009, 76 - 79.)

HaiPro-raportoinnin avainhenkilöille, vaaratapahtumailmoitusten käsittelijöille lähetettiin 2008 kysely sähköpostitse. Kyselyssä tiedusteltiin motivointia, käsittelyä sekä saatuja hyötyjä. Vaaratapahtumailmoitukset käsiteltiin yleisimmin ilmoitus kerrallaan, heti kun ilmoitus oli sähköpostiin tullut. Henkilökunnan motivointiin käytettiin muun muassa asian esillä pitämistä, keskustelua, muistuttamista, kehottamista, pakottamista, jankuttamista, pyytämistä, esimerkein opastamista, yhdessä tehden, syyllistämättömän käsittelyn korostamista, koulutusta, kannustusta, tilastojen esittämistä, toimenpiteiden yhteistä pohtimista, saatujen hyötyjen, konkreettisten tulosten ja muutosten esittämistä. Tapahtumia käsiteltiin kattavasti osastotasolla ja käsittely oli pääasiassa säännöllistä. Avoimen keskustelun syntymiseen tai syntymättä jäämiseen vaikutti osastohoitajan oma toimintatapa käsittelytilanteessa. Tapahtumien käsittelyä on helpottanut työyhteisön rakentama avoin kulttuuri. (Ruuhilehto & Knuutila 2008, 2 - 11.)

Vanhasasi-Huidan (2008, 44 - 45) tutkimuksessa todetaan osastonhoitajan tai vastaavan nousevan tärkeäksi yhteyshenkilöksi vaaratapahtumaraporttien ja yhteenvetojen käsittelijänä sekä vaaratapahtumien hyödyntäjänä että tiedottajana. Raportoinnin avulla tunnistettiin heikkoja kohtia prosesseissa, tunnistettiin vaaroja ja tuotettiin tietoa koko organisaatiolle. Seppälän (2011, 47) mukaan osastonhoitajat kokivat oman sekä esimiehen roolin ensiarvoisen tärkeänä potilasturvallisuuskulttuurin edistäjänä sekä ylläpitäjänä. He näkivät omaksi tehtäväkseen luoda potilasturvallinen kulttuuri työyhteisöön yhdessä organisaation johdon ja henkilökunnan kanssa. Kuisman (2010, 51) mukaan analysoimalla ja hyödyntämällä HaiPro-järjestelmään talletettuja vaaratapahtumailmoituksia, lähiesimiehet ja toimialueen johto saavat selkeän kuvan potilasturvallisuuden nykytilasta ja kehityskohteista.

Jokaisen organisaation työntekijän vastuulla on potilasturvallisuudesta huolehtiminen. Ammatillinen ja hoitotyön arvot omaava henkilökunta toteuttaa potilasturvallista hoitoa saadessaan siihen osastonhoitajan tukea ja apua. (Seppälä 2008, 61.) Yli-Villamo (2008, 56) toteaa myös organisaation johdon roolin erittäin merkittäväksi potilasturvallisuutta edistävässä toiminnassa.

Oppimisen peruspilari on tapahtumien ja tilastojen säännöllinen, yhteinen ja rakentava käsittely. Esimies tarvitsee vahvan tuen organisaation ylemmiltä tasoilta. Hänen on hyvä tuntea myös inhimillisen toiminnan perusasioita, jotta ihmisen suoritukselle ei aseteta liian kovia vaatimuksia. Suodaan ihmiselle myös mahdollisuus siihen, että normaali suoritus vaihtelee. Aina ei jaksa tehdä ” sata lasissa”, myös ”ysiysinkin” pitäisi riittää. (Ruuhilehto 2008, 41 - 42.)

Ensisijaisesti esimiehen työ on päivittäisjohtamista, jonka avulla organisoidaan toimintaa työyksikössä ja toteutetaan työyksikössä sovittujen suunnitelmien toteutumista. Esimiehen päivittäinen työ sisältää alaisten päivittäistä ohjaamista, tukemista, delegointia ja palautteen antamista. Esimieheltä vaaditaan myös alaistensa tuntemista, kykyä johtaa heitä yksilöllisesti, tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti, sekä osaamista motivoida alaisiaan arjessa ja ennen kaikkea muutoksissa, jotta hän onnistuisi päivittäisjohtamisessa. (Surakka ym. 2008, 70.)

Näiden edellä mainittujen asioiden lisäksi esimiehelle kuuluvia tehtäviä ovat uuden henkilökunnan rekrytointi ja perehdyttäminen, koulutuksesta ja kehittämisestä huolehtiminen, osaamisen johtaminen, tiedottaminen, työn sisällön analysointi, työsuorituksen arviointi, turvallisuudesta työympäristöstä huolehtiminen, työyhteisön kehittäminen ja muutoksen johtaminen. Kyse on näillä kaikilla osa-alueilla ihmisten johtamisesta ja tämä edellyttää esimiehiltä eritoten sosiaalisia taitoja - kykyä kommunikoida, olla ja tehdä yhdessä, ratkoa ongelmia ja tehdä päätöksiä, kehittää työyhteisöä, toimia esimerkkinä muille, näyttää toiminnan suunta ja saada henkilökunta mukaan toivottuun suuntaan. (Surakka ym. 2008, 70 - 71.)

Alaiset arvostavat lähiesimieheltä saamaansa palautetta työssä suoriutumisestaan, palautteen anto ja palkitseminen koettiin tärkeäksi, jotta työntekijä voi kehittää itseään ja työtään. Tällöin myös esimies kunnioittaa ja arvostaa työntekijöitään. (Turunen 2011, 39)

Muutokset herättävät usein aktiivista tai passiivista vastustusta ja yksittäiset henkilöt eivät aina vastusta pelkästään muutosta vaan siitä ilmenneitä menetyksiä: tuttua ja turvallista työyhteisöä, työympäristöä ja työmenetelmiä. Työntekijähän pohtii muutoksessa vain omaa ja työyhteisön työtä ja toimivuutta, ei organisaatiotason taloudellisuutta taikka tehokkuutta. Vanhasta työmenetelmästä luopuminen vie puoli vuotta tai

jopa kaksikin vuotta aikaa. Siinä vaiheessa, kun ihminen kykenee käsittelemään hankalia asioita alkaa luopumistyö. Kohtuullisella muutosvastarinnalla voi olla hyvätkin puolensa, sillä se synnyttää kriittistä keskustelua ja tällöin asiat joudutaan perustelemaan. Työntekijän on ymmärrettävä muutoksen perusteet ja hänen on koettava muutos tarpeellisenä. (Surakka ym. 2008, 96 - 97.)

Muutoksen toteuttamisessa esimiehet ovat usein avainhenkilöinä, innovatiivisuuden mahdollistajina ja asenteiden muokkaajina. Nämä muutostehtävät ovatkin arjen päivittäisjohtamisessa esimiesten haasteellisimpia tehtäviä. Omalla toiminnallaan esimies luo muutosta työyhteisöönsä. Se, miten esimies suhtautuu ja sitoutuu muutokseen, ja samalla vie asioita eteenpäin, määrittää pitkälti miten työntekijät työyhteisössä suhtautuvat ja sitoutuvat uuteen tilanteeseen. (Surakka ym. 2008, 94.)

Muutosvastarintaa voi parhaiten välttää tai lievittää avoimella tiedottamisella, yhteisillä tavoitteilla ja visioilla, joista mahdollisimman moni työyhteisössä kokee hyötyvänsä, mahdollisimman laajalla osallistumisella uusien ratkaisujen ideointiin ja avoimella keskustelulla aina, kun tälle ilmenee tarvetta. Usein ongelmana on, että paine muutokseen tulee organisaation ulkopuolelta tai jokin mahdollinen kriisi pakottaa muuttamaan toimintaa ja näihin tilanteisiin ei usein ole mahdollisuuksia panostaa riittävästi erilaisia voimavaroja. (Surakka ym. 2008, 97.)

Voimaantumista tukevaa johtajuutta on vuorovaikutteinen ihmisten hyvää tavoitteleva johtajuus. Tässä korostuu ihmissuhdetyön arvoperusta, johon sisältyy ihmisten kunnioittaminen, toinen toisistaan välittäminen, avoimesta kommunikaatiosta huolehtiminen, yhdessä ajatteleva, toinen toisensa kuuleminen ja virheistä oppiminen. Tällöin johtajuuteen tulee nöyryyttä ja hienotunteisuutta, joka johtaa luottamuksen syntymiseen. Luottamus taas mahdollistaa sen, että jokainen voi kasvaa ja kehittyä omaksi itsenään, tulla tarpeelliseksi ja alkaa voimaantua. (Surakka ym. 2008, 21.)

3.1 Terveysturvan- ja sosiaalihuollon turvallisuuskulttuuri

Terveysturvanhuollossa on edelleen vallassa vahva käsitys, että huolellinen työntekijä ei tee virheitä. Työpaikoilla ja koulutuksissa painotetaan tarkkaavaisuutta, vastuuta ja virheiden tekemistä pelätään. Ilmailualalla virheiden tekemistä pidetään täysin normaalina osana ihmisen toimintaa. ”Tarkkaavaisuus, huolellisuus ja vastuu kuuluvat

luonnollisesti turvallisuuskriittisen työn luonteeseen, mutta vaikka tekisimme joka päivä parhaamme, on inhimillinen virhe aina mahdollinen”. (Helovuori 2009, 12 – 13.)

Riskialttiiden toimialojen yhteinen haaste on ”inhimillinen tekijä”. Puhuttiinpa sitten ydinvoimateollisuudesta, ilmailusta, merenkulusta tai terveydenhuollosta, 70 - 90 % vaaratilanteista johtuu inhimillisestä virheestä. Inhimillisen virheen sallimattomuus aiheuttaa ongelman, että niistä ei myöskään kerrota eikä tällöin voida korjata virheille altistavia olosuhteita eikä parantaa turvallisuutta. Turvallisuuskriittisillä toimialoilla ajatellaan, että turvallisuus ei riipu yksinomaan yksittäisen ihmisen toiminnasta tietystä tilanteesta, vaan kyseessä on koko toimintajärjestelmän tuottama lopputulos. Osana tätä toimintajärjestelmää ovat organisaation johtotason päätökset, operatiivinen työjohto sekä fyysiset ja psyykkiset olosuhteet, joissa henkilöstö työskentelee. (Helovuori 2009, 12 - 13.)

Turvallisuuden kehittämiseksi on oleellista vaikuttaa fyysisiin ja psyykkisiin toimintaolosuhteisiin niin, että inhimillisen virheen riski on mahdollisimman pieni. Työntekijöistä huolellisinkin unohtaa asioita, kun työkuormaa lisätään riittävästi ja toiminta häiriintyy syystä tai toisesta. ”Inhimillinen tekijä on varmasti aiheuttanut monta vaaratilannetta, mutta pelastanut vielä useampia. Siksi inhimillisistä virheistä ei pidä syyllistää vaan niistä pitää oppia”. (Helovuori 2009, 13.)

Potilasturvallisuuskulttuuri on toimintatapa jolla edistetään systemaattisesti potilaiden turvallista hoitoa. Potilasturvallisuuskulttuuria tukevat myös johtaminen, arvot sekä asenteet. Se sisältää riskien arvioinnin, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuvan kehittämisen. (THL 2011b).

Turvallisuuskulttuuri on organisaation tahtoa ja kykyä ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä. Turvallisuuskulttuuri on myös kykyä ja tahtoa toimia turvallisesti, ehkäistä vaarojen toteutumista sekä edistää turvallisuutta. Hyvä turvallisuuskulttuuri on etupäässä sitä, että turvallisuudesta välitetään aidosti, toimintaan liittyviä vaaroja ymmärretään ja ennakoitetaan ja turvallisuus ymmärretään kokonaisvaltaisesti. Tärkeää on myös, että turvallisuuden kehittämisestä koetaan vastuuta ja siihen koetaan voitavan vaikuttaa. Hyvässä turvallisuuskulttuurissa on tärkeää se, että perustyötä ja työn kohdetta ymmärretään ja hallitaan. (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2008, 48 – 49).

Seppäsen (2009) potilasturvallisuuskulttuuriin liittyvän tutkimuksen tulokset osoittavat että henkilökunta kunnioittaa toisiaan työyhteisöissä. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien arviot työyhteisön tiimityöstä erosivat huomattavasti toisistaan. Kannustavan ja myönteisen palautteen saamisessa koettiin puutteita sekä työvuorojen vaihtoajat koettiin ongelmallisiksi hoidon toteutuksessa. Työyksikön potilasturvallisuuteen liittyvät riskit tunnistetaan hyvin ja usein vain sattuman avulla vältetään vakavilta virheiltiltä. Henkilökunnan riittämättömyys työmäärään nähden sekä jatkuva kiire työyksiköissä tulivat ilmi myös vastauksissa.

3.2 Potilasturvallisuus

Terveysten- ja sairaanhoidon laadun perusta on potilasturvallisuus. Potilaalle turvallinen hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan ja olemassa olevia voimavaroja hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla. Vaikuttavia menetelmiä käytetään turvallisessa hoidossa siten, ettei potilaalle aiheudu tarpeetonta haittaa. Potilasturvallisuudella käsitetään toiminnot ja periaatteet, joilla potilaiden hoidon turvallisuus varmistetaan. Sisältäen myös poikkeamien hallinnan ja niistä johtuvien haittojen ehkäisyn. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013, 11.)

Potilaalle turvallisuus on tunnetta ja tietoa. Potilaan pitää tuntea olonsa turvalliseksi sekä pystyä luottamaan terveydenhuollon ammattilaisiin. Organisaation potilasturvallisuutta ei voida arvioida ilman potilaiden kokemuksia. On tärkeää että potilaat saavat tietoa organisaation turvallisuustekijöistä ja niistä myös kerrotaan ja raportoidaan. (Leino-Kilpi 2009, 175.)

Vuonna 2010 tehdyistä potilasvahinkoilmoituksista korvauksia maksettiin 2167 tapauksessa. Vahinkoilmoituksia oli tehty yhteensä 7180 kappaletta. Korvattavista potilasvahingoista hoitovahinkoja oli 1989, laitevahinkoja 11, infektiovahinkoja 119, tapaturmavahinkoja 29, lääkkeentoimittamisvahinkoja 8 ja kohtuuttomia vahinkoja 11. Kaikista ratkaistuista vahinkoilmoituksista korvattavia potilasvahinkoja oli kolmannes (30,2 %). Vähäisiä potilasvahinkoja oli 1 prosentissa (1,0 %) ja runsaassa puolessa (68,8 %) tapauksista korvausta ei saatu. (Potilasvakuutuskeskus 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkisti ensimmäisen suomalaisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009 - 2019 tammikuussa 2009. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos vastaa strategian päivittämisestä ja sosiaali- ja terveysministeriö vahvistaa päivitykset.

Tavoitteena vuoteen 2013 mennessä on tila, jossa potilasturvallisuus on ankkuroitu toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin: hoito on turvallista ja vaikuttavaa. Strategian tarkoituksena on ohjata suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013, 3,11.) Strategian tavoitteina on potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen. Potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla. Vaaratapahtumista raportoidaan ja tilanteista opitaan. Potilasturvallisuutta edistetään suunnitellusti ja riittävin voimavaroin. Potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa ja koulutuksessa. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013, 3.)

Strategiassa potilasturvallisuutta katsotaan neljästä näkökulmasta, jotka ovat turvallisuuskulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset (kuva 1). Tavoitteena on vaikuttava ja turvallinen hoito. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013, 13.)



Kuva 1. Potilasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013, 13)

Syyskuussa 2011 käynnistyi Potilasturvallisuutta taidolla ohjelma jatkuen vuoden 2015 loppuun. Tavoitteena on hoidon aiheuttamien kuolemien ja haittatapahtumien puolittuminen vuoteen 2020 mennessä. Ulkomaisten tutkimusten perusteella Suomen sairaaloissa arvioidaan sattuvan vuosittain kuolemaan johtavia hoitovirheitä vähintään 700, mahdollisesti jopa 1700. Useissa maissa tehtyjen potilasturvallisuuskartoitusten arvioiden mukaan 1/ 10 sairaalapotilasta kärsii jostakin haitasta, 1/ 100 potilaasta saa vakavan haitan sekä 1/ 1000 sairaalapotilaasta kuolee virheen, erehdyksen tai muun sellaisen seurauksena. (THL 2011c, 4, 8.)

Turvallisen hoidon toteuttamiseksi on tarpeellista kerätä tietoa toiminnasta ja siihen liittyvistä ongelmista sekä organisaatiotasolla, että valtakunnallisesti. Valvoville viranomaisille ja sosiaali- ja terveysministeriön laitoksiin sekä potilasvakuutuskeskukseen ja potilasvahinkolautakuntaan kertyy valtakunnallista tietoa sivuten potilasturvallisuutta. (STM 2010, 17.)

Turvallisuuskulttuuri on organisaation taito ja tahto ymmärtää millaista on turvallinen toiminta, millaisia vaaroja toimintaan liittyy ja miten vaaroja voidaan ehkäistä. Se on myös taitoa ja tahtoa toimia turvallisesti. Onnistunut virheiden hallinta tarkoittaa sitä että virheet havaitaan ajoissa ja niiden vaikutukset voidaan hallita. (STM 2010, 17.) Potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet ja toiminnan jatkuva kehittäminen. Vahvistamalla turvallisuuskulttuuria vähennetään hoitoon liittyviä riskejä ja potilaille hoidon aikana aiheutuvia haittoja. (STM 2009, 14.)

Potilasturvallisuuden kokonaisvastuu on organisaation johdolla. Ammatillisuuteen kuuluu jokaisen ammattiryhmän ja työntekijän vastuu potilasturvallisuudesta sekä sitoutuminen sen edistämiseen kehittämällä ja arvioimalla omaa työtään, toimintaansa ja osaamistaan turvallisemmaksi. (STM 2009, 14.)

Näkyvä vastuunotto potilasturvallisuudesta ja sen edellytyksistä toimintayksiköissä kuuluu organisaation johtamiseen. Johto korostaa kaikessa toiminnassaan potilasturvallisuutta sekä varmistaa työolosuhteet niin, että hoito voidaan toteuttaa turvallisesti. Johto varmistaa myös että organisaatiossa on riittävästi henkilökuntaa sekä riittävä osaaminen työnsä toteuttamiseen. Turvallisuusriskien analysoinnissa ja riskeihin varautumisessa johdolla on myös keskeinen vastuu. Vastuu laadun- ja riskienhallinnan toteuttamisesta sekä haittatapahtumien seurantatietojen hyöyntyminen

kuuluu keskeisesti johdolle. Terveysthuollon lainsäädännöllä edellytetään, että toiminta on ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa sekä laadukasta ja turvallista. (STM 2009, 15.)

Esimiehet vastaavat siitä että vaaratapahtumista saatu tieto käsitellään ja käytetään yksikön ja koko organisaation sekä palvelujärjestelmän kehittämiseen. Raportoinnilla tuetaan yhteisen toiminnan ja turvallisuuden kehittämistä. Esimiehen tehtävänä on luoda raportoinnille edellytykset osana organisaation sisäistä oppimista ja kehittämistä. Tapahtumista ilmoitetaan ja niistä opitaan parhaiten, kun organisaation oppimiseen tähtäävät ja mahdolliset kurinpidolliset menettelyt ovat selkeästi toisistaan erillisinä. Esimiesten ja organisaation johdon on tuettava haittatapahtumaan osallisia työntekijöitä selvittelyjen ja mahdollisten seuraamusten kaikissa vaiheissa. (STM 2010, 18.)

Työntekijän aloitteellisuudella on suuri merkitys vaaratapahtumista ilmoittamiseen. Jokaisen työntekijän ammatillisuuteen kuuluu keskeisesti vastuu potilasturvallisuudesta sekä sitoutuminen sen edistämiseen. Ammatillisuutta on myös kehittää ja arvioida omaa työtään, osaamistaan ja toimintaansa turvallisemmaksi. Vaaratapahtumia ilmoittamalla voidaan ehkäistä työntekijöiden ja potilaiden joutumisen samanlaiseen tilanteeseen. Organisaation johdolla on kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta. (STM 2010, 17.)

Variksen (2011, 47 - 48) tutkimuksessa tuli esille että potilasturvallisuus on vaativa ja monitahoinen asia terveydenhuollossa. Monia näkökulmia tulee ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon: organisaatio, toiminnan perusta, hoitohenkilökunnan asenteet ja arvot sekä hoitotyön kohteena oleva potilas. Potilasturvallisuus on haasteellista, koska kaikkien tahojen toiminnan tulee nivoutua yhteen, jotta voidaan puhua hyvästä hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta. Potilasturvallisuuskulttuuri on yhteinen tavoite ja tahotila. Potilas hoidetaan parhaalla mahdollisella asiantuntemuksella, jossa potilas on keskipiste ja potilaille annetaan mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa. Johdon tuki ja toiminta on tärkeää potilasturvallisuuden kehittämisessä yhdessä henkilökunnan kanssa.

Tirkkosen (2011, 53) tutkimuksen mukaan vaaratapahtumat ja jatkuva oppiminen ovat tärkeässä roolissa positiivisen potilasturvallisuuskulttuurin kehittymisessä. Tiedotusta vaaratapahtumista ja niistä seuranneista korjaustoimenpiteistä tulisi lisätä. Toimintaprosesseja ja -järjestelmiä tulisi selkeyttää henkilöstön ja johdon kesken. HaiPro vaaratapahtumien raportointijärjestelmää tulee hyödyntää vaaratapahtumien vähentämiseksi sekä jatkuvan oppimisen apuna.

Sairaanhoitajat tunnistivat potilasturvallisuutta heikentäviä toimintaprosesseja työssään Myllykankaan (2011, 2) tutkimuksessa. He kokivat, että vaaratapahtumien raportointi ja palautteen antaminen olisi hyvä saada säännölliseksi osaksi päivittäistä työskentelyä. Henkilöstömitoitus työmäärään nähden koettiin riittämättömäksi potilasturvallisuuden kannalta. Myös tiedonsiirto työyksiköiden välillä arvioitiin mahdollisesti potilasturvallisuutta heikentäväksi asiaksi. Sitä myönteisemmin sairaanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuurin toteutuvan mitä enemmän sairaanhoitajat kokivat saaneensa mahdollisuuksia kouluttautua ja vahvistaa osaamistaan.

Räsänen (2008, 47) haastatteli sairaanhoitajia tutkimuksessaan vaaratapahtumien syistä. Tutkimuksessa selvisi, että vaaratapahtumien raportointi ei ollut järjestelmällistä eikä kattavaa. Heikoiten raportoitiin hallintoon, noin kaksi viidestä ei raportoinut vaaratapahtumista hallintoon. Tutkimuksessa ilmeni, että potilaiden hoitoisuudella ja henkilöstömitoituksella on yhteyttä vaaratapahtumiin. Hoitajan vastuulla olevien potilaiden määrän kasvaessa myös vaaratapahtumat lisääntyvät.

Sairaanhoitajat kokivat potilasturvallisuutta edistävinä tekijöinä ammattitaitoisen henkilökunnan, turvallisen hoitoympäristön sekä asianmukaisen hoidon. Potilasturvallisuutta estävinä tekijöinä sairaanhoitajat kokivat ammattitaidottoman hoitohenkilökunnan, turvattoman hoitoympäristön, riittämättömät henkilökuntaresurssit, hoitajapulan sekä potilaan aiheuttamat vaaratilanteet. (Yli-Villamo 2008, 29).

Kurrosen (2011, 2, 41 - 42) tutkimuksessa tiedonkulun ja tiedonhallinnan vaaratapahtumia ilmeni diagnosoinnin, hoitojen, tutkimusten ja toimenpiteiden, potilastiedonhallinnan sekä hoidon järjestelyjen yhteydessä. Yleisimpiä tiedonkulkuun liittyviä vaaratapahtumia olivat kiire, liian pieni henkilökuntamäärä, levottomuus, hälinä, suuret potilasmäärät osastoilla sekä suuri työmäärä. Vakavia tiedonkulkuun liittyviä vaaratapahtumia raportoitiin neljä (3.3 %) kaikista raportoiduista tapahtumista. Vaaratapahtumia sattui myös, kun oli paljon uusia sijaisia tai aloittelevia tai kokemattomia työn-

tekijöitä. Useat virheet johtuivat puutteellisista toimintaohjeista. Tämä tutkimus puoltaa käsitystä ottaa käyttöön tiettyihin toimintoihin kohdistuvia ohjeita sekä toimintamalleja.

3.2.1 Potilasturvallisuuteen liittyvä lainsäädäntö

Terveydenhuollon lainsäädäntö edellyttää toiminnalta että sen on oltava ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja turvallista. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa potilasturvallisuuden säädösvalmistelusta (THL 2011a.) Terveydenhuollon ammattihenkilöihin kuin terveydenhuollon palvelujen tuottamiseen kohdistuu sääsääntelyjä joiden peruslähtökohdat ovat aina palautettavissa potilaaseen, hänen asemaansa ja oikeuksiinsa (Lohiniva-Kerkelä 2004, 15.) Valviran ohjauksen ja valvonnan tavoitteena on varmistaa palvelujen laatu sekä potilasturvallisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa (Valvira 2011).

Suomen perustuslaki (Suomen perustuslaki 731/ 1999) on pohjana muulle lainsäädännölle. Siinä käsitellään muun muassa viranomaisten velvollisuuksia ja yksilön oikeuksia. Sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilökuntaa ja heidän työympäristöään koskee useamman lain kirjo. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 43 - 44.) Terveydenhuollon lainsäädäntö voidaan jaotella karkeasti kolmeen ryhmään; palvelujen järjestämisvelvollisuutta ja tuottamista säätelevään normistoon, terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa säätelevään normistoon sekä potilaan asemaa ja oikeuksia säätelevään normistoon (Lohiniva-Kerkelä 2004, 16).

Terveydenhuoltolaki velvoittaa että terveydenhuollon toiminnan pitää perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuolto laki kehottaa toimintayksiköitä laatimaan suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa pitää ottaa huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaali- huollon palvelujen kanssa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2910.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista kerrotaan, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Tätä lakia sovelletaan potilaan asemaan ja oikeuksiin terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä, jollei muussa laissa toisin säädetä (Lehtonen & Pahlman 2010, 314).

Potilaslaissa potilas määritellään terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttäväksi tai niiden kohteena olevaksi henkilöksi. Käyttämisen ja kohteena olemisen ero tulee siitä, onko henkilö palvelujen käyttäjä vapaaehtoisesti vai vasten tahtoaan. Kyseessä on henkilö, joka käyttää terveyden- tai sairaudentilansa vuoksi palveluita joita antavat terveydenhuollon ammattilaiset tai joita annetaan terveydenhuollon toimintayksikössä. (Lohiniva-Kerkelä 2004, 26.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä varmistaa että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja muut ammattitoiminnan edellyttämät valmiudet. Laki varmistaa myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonnan terveyden- ja sairaanhoidossa. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Toimiminen terveydenhuollon ammattihenkilönä edellyttää ammattihenkilölain mukaan joko laillistusta, lupaa tai oikeutta käyttää tiettyä nimikesuojattua ammattinimikettä. Tällaiselle laillistetulle terveydenhuollon ammattihenkilölle on terveydenhuollon oikeusturvakeskus myöntänyt ammatinharjoittamisoikeuden. Laillistamisen edellytyksenä on ammattiin johtavan koulutuksen suorittaminen. (Lohiniva-Kerkelä 2004, 53 - 54.)

Ammattieettiset velvollisuudet liittyvät olennaisesti terveydenhuollon ammattihenkilöiden hoitosuhteeseen ja sen toteuttamiseen siten, että potilaan oikeudet ja oikeusturva toteutuvat parhaalla mahdollisella tavalla. Ammattihenkilölain 15. §:ssä säädetään ammattieettisistä velvollisuuksista. Päämääränä tämän mukaan terveydenhuollon ammattitoiminnalla on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja sairastuneiden parantaminen ja heidän kärsimyksiensä lieventäminen. Toiminnassaan ammattihenkilön on sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemukspäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti ja myös ammattitaitoa on pidettävä ajan tasalla. Potilaalle koitua hyöty ja mahdolliset haitat tulee terveydenhuollon ammattihenkilön ottaa tasapuolisesti huomioon. (Lohiniva-Kerkelä 2004, 60.)

Lääkelain tarkoituksena on ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä. Lailla varmistetaan myös lääkkeiden asianmukainen valmistus ja saatavuus. (Lääkelaki 395/ 1987.) Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista edistää ja ylläpitää terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden sekä niiden käytön turvallisuutta (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010).

Potilaan ja yksilön asemaa yleisluonteisesti säätelevät Suomen perustuslaki (Suomen perustuslaki 731/1999), henkilötietolaki (Henkilötietolaki 523/1999), laki viranomaisentoiminnan julkisuudesta (Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999), kielilaki (Kielilaki 423/2003) ja laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 169/2007).

Potilasvahinkolaki määrittelee mahdollisuudet saada korvausta henkilövahingosta. Korvausta suoritetaan jos se on aiheutunut tutkimuksesta, hoidosta tai muusta vastaavasta käsittelystä, tutkimuksen, hoidon tai muun käsittelyn yhteydessä alkaneesta infektiosta, tapaturmasta, laitteistoviasta tai lääkkeisiin liittyvistä tapauksista. (Potilasvahinkolaki 585/1986.)

Terveydenhuoltohenkilökunta joutuu ehkä enemmän kuin mikään muu ammattiryhmä ammatissaan vastaamaan ihmisen hengestä ja terveydestä. Potilaan kannalta toiminnan tarkoitus on positiivinen: potilaan terveyden palauttaminen tai säilyttäminen. Lähtökohdaksi tulisi ottaa juuri tämän toiminnan ajatus arvioitaessa terveydenhuoltohenkilökunnan ammatillista toimintaa ja siinä mahdollisesti tapahtuvia virheitä. Hoito- toimenpiteiden tulee olla hyvän ammattitoiminnan kriteerit täyttäviä ja lääketieteellisesti perusteltuja ja hyväksyttäviä jokaisessa tilanteessa tai muutoin toimenpide voidaan katsoa virheelliseksi. Virheellinen menettely synnyttää vastuun. Vastuuta voi toteutua valvontaviranomaisten toimenpiteiden kautta, se voi olla rikosoikeudellista tai vahingonkorvausvastuuta. (Lohiniva-Kerkelä 2004, 223.)

Terveydenhuoltoalan ammattilaisia koskevat tavalliset yhteiskunnan oikeudelliset normit. Heillä ei ole mitään erityisasemaa vaan heidänkin kohdallaan sovelletaan tavallisia vahingonkorvaus- ja rikosoikeudellisia normeja. Suurimmassa osassa terveydenhuoltoalan vahinkotapauksissa sovelletaan rikoslain eri kohtia ja jotta varsinainen oikeudellinen vastuu syntyisi, on hoitohenkilökunnan toiminnan oltava virheellistä. (Lehestö ym. 2004, 75.)

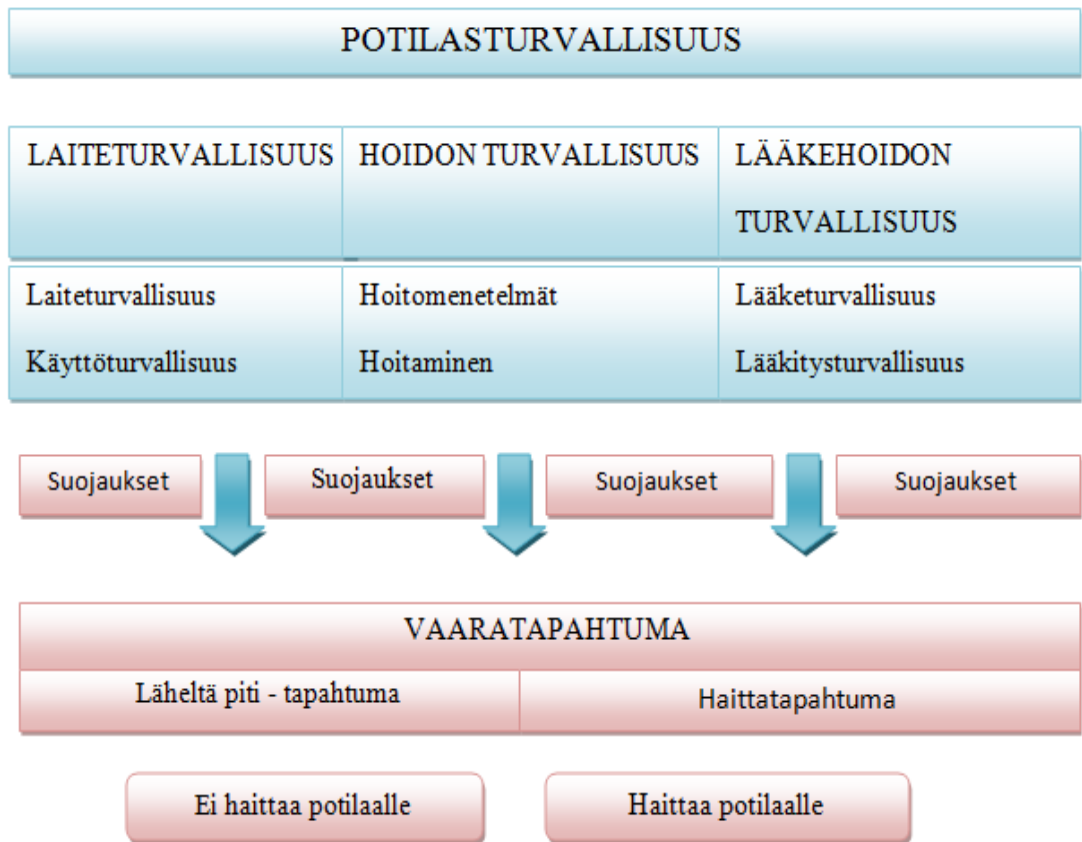
Rikosoikeudellisen vastuun muodostuminen edellyttää terveydenhuollon henkilökunnalle, että kyseessä olevaa tekoa tai laiminlyöntiä voidaan pitää tuottamuksellisena tai tahallisenä. Yleensä terveydenhuollossa tapahtuneet vahinkotapaukset eivät täytä tahallisuuden kriteerejä. Useimmiten tahallisesta teosta seuraa paljon suuremmat vaatteet kuin tuottamuksellisesta teosta. Tuottamuksellisuus termin tulkinta ei ole yksiselitteinen. Se ei tarkoita tahallisuutta vaikkakin joskus törkeä tuottamuksellisuus voidaan rinnastaa siihen. Käsitteenä tuottamuksellisuus on abstrakti ja yksinkertaisimmillaan sen määritelmänä voidaan olettaa tarkoittavan, että vastaajan olisi pitänyt tietää, mitä teosta tai tapahtuneesta seuraa. Tämä perustuu oletukseen ammattitaidosta ja osaamisesta, eikä siihen, että tiesikö vastaaja tilanteeseen liittyvät tekijät. Tilanteeseen liittyvän huolellisuuden laiminlyönti katsotaan yleensä liittyvän tuottamuksellisuuteen. (Lehestö ym. 2004, 76.) Rikoslaisissa (39/1889) hoitovirhettä ei käsitellä omana rikoksenaan. Käytännössä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattihenkilöihin liittyvät myös salassapito-, työturvallisuus- ja väkivaltarikokset. (Lehestö ym. 2004, 76 - 77.)

Potilasasiamiesjärjestelmä luotiin potilaslakiin potilaan oikeusturvan edistämiseksi. Käytännössä katsottiin tarpeelliseksi, että on taho, joka tiedottaa potilaille ja henkilökunnalle potilaan oikeuksista ja jonka puoleen potilas voi tarvittaessa kääntyä oikeusturvakysymyksissä. Potilasasiamiehen tehtävä on neuvoa-antava, hänellä ei ole itsenäistä päätäntävaltaa. Potilasasiamies ei voi toimia potilaan asianajajana. Tehtäviin kuuluu esimerkiksi potilaan avustaminen muistutuksen tai kantelun tekemisessä tai korvauksen hakemisessa potilasvahinkolain nojalla. Potilasasiamiehen tehtävänä on toimia potilaiden oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi. (Lohiniva-Kerkelä 2004, 185.)

3.2.2 Potilasturvallisuuden käsitteitä

Potilasturvallisuus on yksi osa hoidon laatua ja turvallisuutta. Hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus sisältyy potilasturvallisuuteen (kuva 2). Jokaisessa turvallisuuden osa-alueessa voidaan erottaa menetelmän turvallisuus sekä hoitoprosessin turvallisuus. Menetelmän turvallisuuden poikkeamaa kutsutaan haittavaikutukseksi. Hoitoprosessin turvallisuutta vaarantaa poikkeama suunnitellusta hoitoprosessista. Potilasturvallisuus määritellään myös terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteina ja toimintoina, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvalli-

suus sekä suojata potilasta vahingoittumasta niin ettei hoidosta aiheudu haittaa. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 5 - 6.)



Kuva 2. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (Mukaellen Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 5.)

Laiteturvallisuudella tarkoitetaan laitteiden toimintahäiriöitä ja laitevikoja sekä käyttöturvallisuuden poikkeamaa laitteen käytössä (STM 2009, 21). Hoidon turvallisuus tarkoittaa hoitomenetelmien turvallisuutta sekä hoitamisen turvallisuutta. Hoitomenetelmästä voi seurata hoitoon haittavaikutus ja poikkeama hoitoprosessissa voi vaarantaa hoitamisen turvallisuuden. (STM 2009, 21.) Lääkehoidon turvallisuus käsittää sekä lääke- että lääkitysturvallisuuden. Lääketurvallisuudella tarkoitetaan lääkkeen haittavaikutusta joka voi olla vakava sekä odottamaton. Lääkitysturvallisuus on yleensä tekemisen tai tekemättä jättämisen seuraus. (STM 2009, 21.)

Poikkeamaksi kutsutaan mitä tahansa terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, -järjestelmiin ja -ympäristöön liittyvää suunnitellusta tai sovitusta poikkeavaa tapahtumaa, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Tämä voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. Poikkeama voi olla sekä suunniteltu sekä potilaan edun mukainen. Poikkeama voi liittyä hoitoon, kuntoutukseen, ennaltaehkäisyyn tai taudinmäärittämiseen. Poikkeama voi liittyä myös kirjaamiseen, seurantaan tai raportointiin. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6.)

Vaaratapahtuma on potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Läheltä piti -tapahtuma voi mahdollisesti aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitta estettiin joko sattumalta tai siksi että poikkeama tai vaaratilanne havaittiin ja haitalliset seuraamukset ehdittiin estämään ajoissa. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6.)

Haittatapahtuma on tapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitta on potilaalle aiheutuva tilapäinen tai pysyvä ei-toivottu vaikutus. Vaikutus voi olla fyysinen, psyykinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen. Haitta voi olla potilaan kokemana ja/tai ammattihenkilöstön huomaama. (Potilas- ja lääkehoidonturvallisuussanasto 2006, 7.)

Potilasvahinko on potilasvahinkolain määrittämä, vakuutuskorvaukseen oikeuttava henkilövahinko lääketieteellisen tutkimuksen tai hoidon yhteydessä, terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutunut henkilövahinko. Henkilövahinko tarkoittaa sairautta, vammaa tai muuta terveydentilan tilapäistä tai pysyvää heikentymistä tai kuolemaa. Potilasvahinko nimikkeitä ovat hoitovahinko, infektiovahinko, tapaturmavahinko, laitevahinko, palovahinko, lääkkeentoimittamisvahinko ja kohtuuton vahinko. (THL 2011b.)

3.3 Työturvallisuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala on laaja ja kattaa lukuisia työtehtäviä hammashuollosta kotipalveluun. Työhön liittyvät riskit ovat myös moninaiset. (Parantainen & Laine 2010, 3.) Työ ja terveys -haastattelussa lähes neljännes (23 %) toimialalla työskentelevistä oli kokenut viimeisen vuoden aikana uhkailua sekä fyysisistä väkivaltaa (Parantainen & Laine 2010, 7).

Tilastojen mukaan yleisin tapaturmatyyppi on äkillinen fyysinen kuormittuminen. Joi-ta ovat esimerkiksi äkillinen ponnistus taakkaa nostaessa tai horjahtaminen. Kaatumi-sia, liukastumisia tai vastaavia on lähes saman verran. Seuraavina ovat terävien esi-neiden aiheuttamat tapaturmat sekä väkivalta- ja järkyttävät tilanteet. Suomessa ei ole saatavissa tarkkaa tietoa viilto- ja pistotapaturmista koska suuri osa tapaturmista ja lä-heltä piti tilanteista jäädä ilmoittamatta. Suurin osa tapaturmista sattuu terveyden- ja sai-raanhoitotyössä sekä sosiaalialan työssä. (Parantainen & Laine 2010, 20.)

Työturvallisuuslaki (Työturvallisuuslaki 738/ 2002) määrittelee yleiset työntekijän ja työnantajan velvollisuudet ja vastuut. Monella muulla säädöksellä annetaan lisäksi tarkempia määräyksiä muun muassa kemikaalien käsittelystä, säteilytyöstä, terveydenhuollonlaitteista ja tarvikkeista, käsin tehtävistä nostoista ja siirroista, henki-lösuojaimista sekä työntekijöiden suojaamisesta työhön liittyviltä biologisilta haitoilta. Työnantajan vastuulla on selvittää ja arvioida työstä aiheutuvat vaara- ja haittatekijät ja mahdollisuuksien mukaan poistaa ne tai alentaa riskitasoa. Vaaranpaikkoja voidaan välttää virheistä oppien ja tapaturmiin johtavia tapahtumaketjuja tutkimalla. (Puumi 2007, 14.)

Työnantajan tulee järjestää työterveyshuolto työterveyshuoltolain (Työterveyshuolto-laki 1383/ 2001) nojalla. Tässä laissa säädetään työnantajan velvollisuudesta huolehtia työntekijöidensä työterveydestä ja turvallisuudesta. (Lehtonen ym. 2010, 145.) Lain tarkoituksena on varmistaa työn ja työympäristön turvallisuus. Työn terveellisyyden edistämiseksi toteutetaan kaikki tarpeelliset toimenpiteet, joiden avulla työssä haittaa aiheuttavat vaarat ilmenevät ja ne pystytään poistamaan. Näin myös työntekijöiden turvallisuutta ja terveyttä suojellaan. Työnantajalla on velvollisuus järjestää työterveyshuolto työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisemiseksi, työn ja työympäristön terveellisyyden ja turvallisuuden, työyhteisön toiminnan sekä työntekijöiden terveyden, työ- ja toimintakyvyn edistämiseksi työuran eri vaiheissa. (STM 2004,12, 43.)

Työnantaja voi käyttää työterveyshuollon asiantuntijoita työstä johtuvien vaarojen ja haittojen arviointiin. Työterveyshuolto on myös työnantajan käyttämä asiantuntija työ-turvallisuusasioissa siltä osin kun työterveyshuoltolaki siitä määrää. ”Työturvallisuus-lain 10§:ssä 1 momentin mukaan työnantajan on työn ja toiminnan luonne huomioon ottaen riittävän järjestelmällisesti selvitettävä ja tunnistettava työstä, työtilasta, muusta

työympäristöstä ja työolosuhteista aiheutuvat haitta- ja vaaratekijät. Milloin niitä ei voida poistaa, on arvioitava niiden merkitys työntekijän turvallisuudelle ja terveydelle”. (STM 2004:12, 43.)

Työterveys- ja työturvallisuusjohtamisen tavoitteena on, että työnantajat asettavat työntekijöidensä työturvallisuuden ja terveyden keskeiseksi osaksi periaatteitaan. Tällaista toimintamallia voidaan kutsua turvallisuusjohtamiseksi tai turvallisuuden hallinnaksi. Turvallisuusajattelu kytketään esimerkiksi koko julkisyhteisön toimintaan ja johtamis- tai hallintajärjestelmään. Tällöin työsuojelua ei ymmärretä erillisenä osana vaan se on ymmärretty osaksi työnantajan toimintaa kaikilla hierarkian tasoilla. Työnantajan turvallisuuden hallintaan perustuva ajattelutapa korostaa tämän vastuuta työn ja työympäristön turvallisuudesta sekä terveellisyydestä. (STM 2004,12, 44.)

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TOTEUTUS

Tutkimuksessa haluttiin selvittää, miten esimiehet ovat kokeneet HaiPro- vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmän ja miten HaiPro-ohjelma on hyödyttänyt potilas- ja työturvallisuutta.

4.1 Tutkimusongelmat

Tutkimuksen tavoitteena oli saada Kaakon SOTE-INTO -hankkeelle ja Kotkan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon esimiehille ja näiden työyksiköille lisätietoa koskien HaiPro- vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmää. Vastausta haettiin seuraavilla tutkimuskysymyksillä.

1. Miten HaiPro-ohjelma on hyödyttänyt työyksikön työturvallisuutta?
2. Miten HaiPro-ohjelma on hyödyttänyt työyksikön potilasturvallisuutta?
3. Miten HaiPro- vaara- ja haittatapahtumailmoitukset käsitellään työyhteisössä?
4. Mitkä asiat tai seikat edistävät ja haittaavat HaiPro-työkalun käyttöä?

4.2 Tutkimusaineiston hankinta

Opinnäytetyön aiheen valinta tapahtui keväällä 2011. Valitsemamme aihe oli mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Olimme tutustuneet HaiPro-järjestelmään harjoitteluissa sekä omissa työpaikoissamme. Esimiesten merkitys HaiPro- vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmän sisäänajossa ja käytössä on oleellisen tärkeä ja tutkimisen arvoinen asia.

Opinnäytetyön aihe vahvistettiin ja ohjaaja nimettiin 11.5.2011 opettajankokouksessa. Kesäkuun alussa tapasimme Kaakon SOTE-INTO / Etelä-Kymenlaakson osahankkeen ohjaajat ja ohjaavan opettajan. Silloin sovimme opinnäytetyön aikataulusta ja etenemisestä. Kesän 2011 aikana aloitimme teorian etsimisen ja tutkimuksiin tutustumisen (liite 1). Syksyllä kirjoitimme teoriaosuutta. Ideaseminaari oli marraskuussa 2011 ja suunnitteluseminaari joulukuussa 2011. Tutkimusluvan (liite 2) saimme Kotkan kaupungin palvelujohtajalta. Saatekirjeet (liite 3) ja kyselylomakkeet (liite 4) veimme esimiehille tammikuussa 2012 ja haimme ne 2 viikon kuluttua. Kevään 2012 käytimme tulosten analysointiin. Päätöseminaari pidettiin 8.5.2012.

Käytimme tässä tutkimuksessa kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saadaan tutkittua olemassa oleva tilanne. Sen avulla selvitetään lukumääriin ja prosentteihin liittyviä kysymyksiä. (Heikkilä 2008, 16.) Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käytetään paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä ja siinä korostetaan yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja (Hirsjärvi ym. 2010, 139). Kvantitatiivinen tutkimus voidaan luokitella pitkittäis- tai poikittaistutkimuksiin. Poikittaistutkimuksessa tutkimus suoritetaan kertaluonteisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42.) Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus on menetelmä jolla saadaan yleinen kuva muuttujien välisistä suhteista ja eroista (Vilkka 2007, 13). Käytimme tutkimuksessa myös laadullista menetelmää niin, että osa kysymyksistä oli avoimia kysymyksiä.

Määrällisen tutkimuksen tarkoituksena on selittää, kuvata tai kartoittaa ihmistä tai ilmiötä koskevia asioita. Kyselytutkimuksissa selvitetään yleisimmin ihmisten mielipiteitä ja asenteita tutkittavasta ilmiöstä. Sillä pyritään tulosten yleiseen kuvailuun numeraalisesti. Määrällisessä tutkimuksessa tutkimus alkaa teorioista. Mitattavat asiat muodostetaan teorian pohjalta. (Vilkka 2007, 26; Karjalainen 2010, 11.) Tutkimusprosessi käynnistetään määrittelemällä tutkimusongelmat, jotka pohjautuvat aiempien

tutkimusten tuloksiin. Olemassa olevaan teoretietoon pitää perehtyä ja tutkimukselle asetetaan myös tavoitteet. (Heikkilä 2008, 22 - 25.) Tutkittavaa asiaa koskevat teoreettiset käsitteet muutetaan käytännön tasolle eli operationalisoidaan käsitteet. Käsitteet muokataan ymmärrettävään ja mitattavaan muotoon. (Vehkalahti 2008, 18.)

Kohderyhmänä tutkimuksessa olivat Kotkan sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköiden esimiehet jotka toimivat HaiPro- vaara- ja haittatapahtumailmoitusten ensimmäisen tason käsittelijöinä. Jokainen ilmoituksia käsittelevä esimies otettiin systemaattisesti tutkimukseen mukaan (vrt. Heikkilä 2008, 36). Saimme kyselyyn kuuluvien esimiesten toimipaikka- ja nimitiedot Kotkan HaiPro-pääkäyttäjiltä.

Kyselyssä kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kysymysten muoto on vakioitu. (Vilkkä 2007, 27.) Avoimissa kysymyksissä vastaaja voi kirjoittaa vapaasti vastauksensa. Avoimet kysymykset ovat laadullisia kysymyksiä ja niiden tarkoituksena on saada laadullista tietoa tutkittavasta asiasta. (ks. Vilkkä 2007, 62.) Kyselylomake on määrämuotoinen kysymyspatteristo jolla kerätään tietoa. Tärkein tavoite kyselylomakkeen käytölle on muuntaa tutkijan tiedontarve kysymyksiksi joihin vastaaja on halukas vastaamaan. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 42.)

Määrällisessä tutkimuksessa on tiedettävä täsmällisesti, mitä tutkitaan, koska muuten ei tiedetä mitä täytyy mitata. Mittaus edellyttää käsitteiden määrittelemisen ennen kuin tutkimusaineisto kerätään. Käsitteet on määriteltävä sellaisiksi, että niitä voidaan mitata. (Vilkkä 2007, 36.) Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruunmenetelmä on useimmiten lomakehaastattelu tai lomakekysely. Lomakehaastattelussa ei voida kysyä sellaista, mitä olisi mukavaa ja hyödyllistä tietää, vaan siinä kysytään tutkimuksen ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä kysymyksiä. Jokaiselle kysymykselle on löydettävä perustelu tutkimuksen viitekehuksesta, tutkittavasta ilmiöstä ja tiedetystä tiedosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74 - 75.)

Mitta-asteikko valitaan sen mukaan mikä on mitattava asia ja haluttu tarkkuus. Mittaustasoon vaikuttaa, millaista tietoa mittaus tuottaa eli millaisia tuloksia saadaan. Likertin asteikkoa käytetään usein mielipideväittämissä ja kutsutaan asenne-asteikoksi. Opinnäytetyön kyselylomakkeessa käytimme asenneasteikkoa, sillä halusimme saada vastaajan kokemuksiin perustuvaa tietoa. (Vilkkä 2007, 45 - 50.)

Käytimme kyselyssä viisiasteista Likertin asteikkoa, jota käytetään mielipideväittämissä. Vastausvaihtoehtoina on usein *täysin eri mieltä* ja toisessa päässä *täysin samaa mieltä*. Analysointivaiheessa luokittelimme vastaukset kolmeen ryhmään, *eri mieltä*, *ei samaa eikä eri mieltä ja samaa mieltä*. Osassa kysymyksistä vastausvaihtoehtoina oli myös, *ei lainkaan* ja toisessa päässä *erittäin paljon*. Vastaja valitsee asteikolta itselleen sopivan vaihtoehdon. (Heikkilä 2008, 53.) Laitoimme kyselylomakkeeseen myös sekamuotoisia kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä halusimme saada tarkentavaa tietoa vastaukseksi.

Tutkijan on tunnettava hyvin asiakokonaisuus, johon tutkimusongelma kuuluu ennen mittarin rakentamista. Lomake ei voi olla kokoelma sattumanvaraisia kysymyksiä. Mittarin tulee mitata vain sitä mitä tutkitaan. Vastausvaihtoehtojen pitää olla toisensa poissulkevia. Jokaisessa kysymyksessä on vaan yksi selkeä vastausvaihtoehto ettei jää tunnetta siitä että pitää vastata kahteen kohtaan. (Vilkkä 2007, 74 - 75.) Hyvin laadittu tutkimuslomake on siisti, selkeä ja houkuttelevan näköinen. Lomakkeen ulkonäköön ja vastaamisen helppouteen kannattaa panostaa, jotta vastaaminen ei veisi kohtuuttomasti aikaa. Vastausohjeiden pitää olla selkeät ja yksiselitteiset. Kysymysten loogiseen etenemisjärjestykseen kiinnitetään huomiota. (Heikkilä 2008, 48 - 49.)

Saatekirje on kyselytutkimuksen mainos ja informaatiokirje. Se kertoo tutkimuksesta perustiedot, mistä tutkimuksessa on kyse. Saatekirjeen perusteella vastaaja voi motivoitua vastaamaan kyselyyn tai hylätä koko lomakkeen. Hyvin laaditulla saatekirjeellä voi herätellä vastaajan kiinnostuksen ja vaikuttaa osaltaan vastausten luotettavuuteen. (Vehkalahti 2008, 47 - 48.) Tutkittavan motivointi vastaamiseen alkaa saatekirjeestä (Vilkkä 2007, 65).

Kyselylomake pitää esitestata ennen varsinaista aineiston keräämistä. Testaamisen avulla arvioidaan mittarin toimivuutta, ohjeiden selkeyttä, kysymysten täsmällisyyttä sekä kysymysten kykyä mitata juuri sitä mitä oli tarkoitus mitata. Samalla arvioidaan vastaamiseen kuluvan ajan kohtuullisuutta. Testaamisen jälkeen mahdolliset virheet korjataan ja lomake testataan uudelleen. Esitetasimme kyselylomakkeen neljällä HaiPro-ilmoituksia käsittelevällä henkilöllä, jotka vastasivat varsinaista kohdejoukkoa. (Vilkkä 2007, 78 - 79.) Korjasimme kyselylomaketta esitestauksen jälkeen. Saimme korjausehdotuksia myös Kaakon SOTE-INTO / Etelä-Kymenlaakson osahankkeen ohjaajilta.

Veimme kyselylomakkeet (41 kpl) henkilökohtaisesti esimiehille 18 - 19.1.2012. Kerroimme samalla kyselyn tarkoituksesta ja ajattelimme, että näin toimien saamme esimiehet vastaamaan kyselyyn. Näin teimme kyselyyn vastaamisesta henkilökohtaisempaa, tämän on todettu parantavan myös vastausprosenttia. Kotkan HaiPro-pääkäyttäjä oli laittanut viikkoa aiemmin sähköpostiviestin esimiehille tulevasta kyselystä, joten jakaessamme lomakkeita esimiehet olivat tietoisia kyselystä. Vastausaikaa oli 2 viikkoa, jonka jälkeen haimme lomakkeet henkilökohtaisesti kyselyyn vastaajilta. Kaksi kyselyyn vastaajaa palautti lomakkeet postitse. Vastattuja kyselylomakkeita palautui takaisin 37 kpl. (Ks. Heikkilä 2008, 66 - 67.)

4.3 Aineiston analyysi

Analyysimenetelmä pyritään aina ennakoimaan, kun suunnitellaan tutkimusta. Määrällisessä tutkimuksessa on valittava sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa siitä mitä ollaan tutkimassa. Sopiva analyysimenetelmä löytyy kuitenkin käytännössä niin, että tutkija kokeilee kyseiselle muuttujalle soveltuvia menetelmiä. Analyysitapa valikoituu sen mukaan ollaanko tutkimassa yhtä vai useamman muuttujan välistä riippuvuutta tai muuttujien vaikutusta toisiinsa. (Vilkka 2007, 119.)

Aloitimme analysoinnin numeroimalla kyselylomakkeet. Osassa lomakkeita oli joitakin kysymyksiä vastaamatta. Otimme kuitenkin jokaisen lomakkeen mukaan tutkimukseen, koska saimme arvokasta tietoa vastatuista kysymyksistä.

Tutkimusaineisto analysoitiin PASW Statistics 19 -ohjelmalla (SPSS). Vastaajien työkokemusta kysyttiin avoimella kysymyksellä ja analyysivaiheessa luokittelimme sen neljään luokkaan: alle 5 vuotta, 5 - 10 vuotta, 11 - 20 vuotta sekä yli 20 vuotta. Strukturoidut vastaukset syötettiin SPSS-ohjelmaan lomake kerrallaan. SPSS-ohjelmasta tulokset saatiin taulukoituina. Taulukot muutettiin Word-muotoon käsittelyn helpottamiseksi.

Ristiintaulukoinnin avulla voidaan esittää tietoa siitä, miten eri muuttujat ovat toisistaan riippuvaisia. Näin saadaan tietoa, jonka avulla voidaan päätellä, että jotkut kyselyssä havaitut asiat vaikuttavat toisiinsa. Tämän perusteella ei vielä kuitenkaan pidä vetää suoraa syy- seuraussuhdetta. Voi olla, että asiat vain muuttuivat samanaikaisesti. Havainnot voivat myös muuttua samansuuntaisesti, jonkin mittaamattoman asian vuoksi. (Vilkka 2007, 120.)

Tutkimuksessamme oli myös avoimia kysymyksiä 8 kappaletta. Avoimet kysymykset analysoimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Tällä menetelmällä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja pelkistetyssä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2009,103). Avoimien kysymysten mielipiteet pelkistettiin ja sieltä erotettiin tutkimusongelmien kannalta epäolennainen tieto, säilyttämällä kuitenkin kaikki tarpeellinen. Vastaukset tiivistettiin ja pilkottiin osiin. Tiivistämistä ohjaavat tutkimuskysymykset. Aineisto ryhmiteltiin johdonmukaisiksi kokonaisuuksiksi ja analyysiyksiköiksi esimerkiksi sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Tuloksena muodostui käsitteitä ja luokitteluja, jotka esitettiin kirjallisesti selitettynä sekä graafisesti. (Ks. Vilka 2005, 140.)

Kaikkea tietoa ei tarvitse analysoida, vaan analyysissa haetaan vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimusongelmiin (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Etsimme vastauksista samankaltaisia käsitteitä, joita selitimme tekstissä. Esitimme avointen kysymysten mainintoja ja luokituksia myös taulukoituna määrällisesti. Laitoimme tekstiin myös suoria lainauksia selventääksemme saamiamme vastauksia.

4.4 Tulosten esittäminen

Määrällisen tutkimuksen tuloksia kuvataan numeerisesti, graafisesti ja sanallisesti, sekä esitetään taulukoin, kuvin, tunnusluvuin ja tekstinä. Tulosten esittäminen tulee olla objektiivista eli tutkijasta riippumatonta. Taulukoiden, kuvien ja tunnuslukujen sijaintia raportissa tulee tarkoin harkita, ne voidaan sisällyttää osaksi tekstiä. Näin sijoitettuna niiden tulee olla selkeitä ja luettavia, ja tai lukijan ajattelu- ja päättelyketju ei katkea taulukkoon tai kuvaan. Lukijan tulee pystyä seuraaman vaivatta tutkimuksen juonta. Kuvat ja taulukot voi myös laittaa liitteeksi. (Vilka 2007, 135 - 136.)

Esitimme tutkimustuloksia tekstinä ja taulukoina. Näin keskeiset tutkimustulokset voitiin havainnollistaa myös visuaalisesti. (Ks. Vilka 2007, 148.) Taulukoilla voitiin esittää paljon lukuja pienessä tilassa. Tekstiin sijoitettuna ne pitää myös tulkita. Taulukon lukija voi myös tehdä vertailuja lukujen ja niiden suhteiden välillä. (Heikkilä 2008, 149.) . Avointen kysymysten vastauksia laitoimme tekstinä ja suorina lainauksina raporttiin. Teimme myös taulukoita avoimista vastauksista. Taulukoista selviää mainintojen pää- ja alaluokkien määrät.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomakkeen avulla tutkittiin HaiPro-ohjelman hyödynnettävyyttä työyksikön potilas- sekä työturvallisuuteen, miten HaiPro- vaara- ja haittatapahtumailmoitukset käsitellään työyhteisössä sekä mitkä asiat tai seikat edistävät ja haittaavat HaiPro-työkalun käyttöä.

Tutkimuksen kohdejoukko muodostui Kotkan sosiaali- ja terveydenhuollon HaiPro-vaara- ja haittatapahtumailmoitusten ensimmäisen tason käsittelijöistä joita oli 41. Vastauksia palautettiin 37, jolloin vastausprosentti oli 90.

5.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Kyselyn aluksi selvitettiin vastaajien ikää. Kyselylomakkeessa ikää kysyttiin avoimella kysymyksellä. Luokittelimme analysointivaiheessa iät neljään eri ryhmään. Taulukossa 1. kuvataan vastaajien ikää ja vastaajien määrää. Vastaajista oli 25 - 35-vuotiaita pienin osa (5,4 %) ja 36 - 45-vuotiaita viidennes (21,6 %). Suurimman ryhmän muodostivat 46 - 55-vuotiaat, joita oli hieman yli puolet (51,4 %). Viidennes (21,6 %) vastaajista oli yli 55-vuotiaita.

Taulukko 1. Lomakekyselyyn vastanneet (N=37) ikäryhmittäin

Ikäryhmät	VASTANNEIDEN LUKUMÄÄRÄ	
	n	%
25 - 35v	2	5,4
36 - 45v	8	21,6
46 - 55v	19	51,4
yli 55v	8	21,6
Yhteensä	37	100,0

Taulukossa 2. havainnollistetaan vastaajien työkokemusta esimiehenä. Kyselyyn vastanneista alle 5 vuoden työkokemus esimiehenä oli neljänneksellä (25 %) vastaajista ja 5 – 10 vuoden työkokemus runsaalla kolmanneksella (36,1 %). Yli 20 vuoden työkokemus esimiehenä oli 13,9 prosentilla vastaajista.

Taulukko 2. Työkokemus esimiehenä

VASTANNEIDEN LUKUMÄÄRÄ		
Työkokemus esimiehenä	n	%
alle 5 v.	9	25,0
5 - 10 v.	13	36,1
11 - 20 v.	9	25,0
yli 20 v.	5	13,9
Yhteensä	36	100,0

Taulukossa 3 esitetään, kauanko HaiPro-järjestelmä on ollut käytössä työyksikössä. HaiPro vaara- ja haittatapahtumajärjestelmä oli ollut käytössä alle 3-vuoden ajan valtaosassa (88,6 %) yksiköitä. Järjestelmää 3 - 4 vuotta käyttäneitä vastaajista oli 11,4 %.

Taulukko 3. HaiPro-järjestelmän käyttöaika työyksikössä

VASTANNEIDEN LUKUMÄÄRÄ		
Aika	n	%
alle 1 v.	15	42,9
1 - 2 v.	16	45,7
3 - 4 v.	4	11,4
Yhteensä	35	100,0

Taulukosta 4. näkyy, että HaiPro -ilmoituksia alle vuoden käsitelleitä oli puolet (50,0 %) ja 1 - 2 vuotta käsitelleitä oli runsas kolmannes (38,9) vastaajista. Noin kymmenesosa (11,1 %) vastaajista oli käsitellyt HaiPro-ilmoituksia 3 - 4 vuotta. Suurimmassa osassa yksiköitä vastaajat olivat käsitelleet HaiPro-ilmoituksia alle 3 vuotta.

Taulukko 4. HaiPro-ilmoituksia oli käsitelty työyksiköissä

VASTANNEIDEN LUKUMÄÄRÄ		
HaiPro -ilmoituksia oli käsitelty työyksikössä.	n	%
alle 1 v.	18	50,0
1 - 2 v.	14	38,9
3 - 4 v.	4	11,1
Yhteensä	36	100,0

Kysymykseen, ”Montako potilasturvallisuusilmoitusta olet käsitellyt vuonna 2011”, jätti vastaamatta 17 henkilöä (n=20). Luokittelimme analysointivaiheessa määrät viiteen eri ryhmään, koska kysyimme määrää avoimella kysymyksellä. Vastaajista kolmannes (30 %) oli käsitellyt alle 10 potilasturvallisuusilmoitusta vuonna 2011, viidennes (20 %) oli käsitellyt 10 - 20 ilmoitusta ja runsas kolmannes (35 %) oli käsitellyt 21 - 50 ilmoitusta. Vastaajista kymmenes (10 %) oli käsitellyt 51 - 100 ilmoitusta ja alle kymmenes (5 %) oli käsitellyt yli 100 ilmoitusta. Oletettavasti vastaamatta jättivät ne henkilöt jotka eivät olleet tehneet yhtään potilasturvallisuusilmoitusta. Taulukko 5 havainnollistaa saatuja tuloksia.

Taulukko 5. Käsitellyt potilasturvallisuusilmoitukset vuonna 2011

KÄSITELLYT POTILASTURVALLISUUSILMOITUKSET		
Ilmoitusten lukumäärät	n	%
alle 10	6	30,0
10 - 20	4	20,0
21 - 50	7	35,0
51- 100	2	10,0
yli 100	1	5,0
Yhteensä	20	100,0

Kysymykseen ”Montako työturvallisuusilmoitusta olet käsitellyt vuonna 2011?”, jätti vastaamatta 14 henkilöä. Luultavasti vastaamatta jättivät henkilöt, jotka eivät olleet tehneet yhtään työturvallisuusilmoitusta vuonna 2011. Luokittelimme analysointivaiheessa määrät viiteen eri ryhmään, koska kysyimme määrää avoimella kysymyksellä. Vastaajista valtaosa (78 %) oli käsitellyt alle 10 ja viidennes (22 %) oli käsitellyt 10 tai useamman työturvallisuusilmoituksen vuonna 2011. Taulukko 6. havainnollistaa vastaajien lukumäärät ja prosentit.

Taulukko 6. Käsitellyt työturvallisuusilmoitukset vuonna 2011

KÄSITELLYT TYÖTURVALLISUUSILMOITUKSET		
Ilmoitusten lukumäärä	n	%
alle 10	18	78,0
10 - 20	3	13,0
yli 20	2	9,0
Yhteensä	23	100,0

5.2 HaiPro-ohjelma ja työyksikön työturvallisuus

Vastaajista vajaa neljännes (22,9 %) oli sitä mieltä että HaiPro-järjestelmä ei ole lainkaan vaikuttanut työturvallisuutta edistävien toimintamenetelmien syntyyn. Hieman yli kymmenes (11,4 %) oli sitä mieltä, että HaiPro-järjestelmä oli vaikuttanut erittäin vähän. Vastaajista runsas puolet (57,1 %) oli sitä mieltä, että HaiPro-järjestelmä oli vaikuttanut jonkin verran ja vajaan kymmeneksen (8,6 %) mielestä melko paljon. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. HaiPro-järjestelmän vaikuttavuus työturvallisuuteen

VAIKUTTAVUUS TYÖTURVALLISUUTEEN		
	n	%
Ei lainkaan	8	22,9
Erittäin vähän	4	11,4
Jonkin verran	20	57,1
Melko paljon	3	8,6
Yhteensä	35	100,0

Tutkimusongelmaan haettiin vastausta kysymyksellä miten HaiPro on hyödyttänyt työyksikkösi työturvallisuutta ja pyytämällä kertomaan esimerkkejä. Vastauksista ilmeni, että uudet toimintatavat koettiin tärkeäksi osa-alueeksi työturvallisuuden parantamisessa. HaiPro-ilmoitusten perusteella löydettiin keinoja työturvallisuuden parantamiseksi. Asiakkaan kohtaamiseen saatiin uusia toimintatapoja. Tilanteiden ja tapahtumien käsittely ja läpikäyminen koettiin myös työturvallisuutta hyödyttävänä tekijänä. Taulukossa 8. havainnollistetaan mainintoja sekä ala- ja pääluokkia. Taulukon jälkeen on suoria lainauksia vastauksista.

Taulukko 8. HaiPrön hyödyntäminen työturvallisuuteen

MAININNAT	Alaluokka n	Pääluokka n
Uusia toimintatapoja		29
Asiakkaan kohtaaminen	5	
Keinoja työturvallisuuden lisäämiseen	24	
Tapahtumien läpikäynti		13
Keskustelu tapahtumasta	13	
Muita mainintoja		1
Työsuojelu on paremmin käytettävissä	1	
Mainintoja yhteensä		43
Kysymykseen vastanneita		20
Lomakekyselyyn vastanneita		37

”Hälytysjärjestelmät, ovien lukitukset.”

”Autonomisessa työvuorosunnittelussa seitsemän työpäivän työputki saattaa olla liian pitkä – sattunut virheitä.”

”Hoitaja satutti selän siirtäessä sänkyä huoneesta pois ja sänky ei mahtunut ovesta normaalissa asennossa työntäen, hankittiin apuväline sängyn siirtoa varten.”

”Kiinnitetty huomiota asiakkaiden kohtaamiseen, näin saatu aggressiivista käyttäytymistä vähennettyä.”

”Uusia toimintatapoja väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen.”

”On käyty tapausten jälkeen ohjeistukset läpi ja ajan tasalle, esimerkiksi neulanpistot.”

5.3 HaiPro-ohjelma ja työyksikön potilasturvallisuus

Esimiehiltä kysyttiin minkä verran HaiPro-järjestelmä on vaikuttanut potilasturvallisuutta edistävien toimintamenetelmien kehittämiseen. Vastaajista lähes kolmannes (27,8 %) oli sitä mieltä että HaiPro-järjestelmä ei ole lainkaan vaikuttanut potilasturvallisuutta edistävien toimintamenetelmien syntyyn ja hieman yli kymmenes (11,1 %) oli sitä mieltä että se oli vaikuttanut erittäin vähän. Vastaajista suurimman osan (61,1 %) mielestä HaiPro-ohjelma oli vaikuttanut jonkin verran ja melko paljon toimintamenetelmien kehittämiseen. Kukaan vastaajista ei ollut sitä mieltä, että HaiPro-järjestelmä olisi vaikuttanut toimintamenetelmien kehittämiseen erittäin paljon. Taulukossa 9 esitetään vastaajien määrät ja prosenttiosuudet.

Taulukko 9. HaiPro-järjestelmän vaikuttavuus potilasturvallisuuteen

VAIKUTTAVUUS POTILASTURVALLISUUTEEN		
	n	%
Ei lainkaan	10	27,8
Erittäin vähän	4	11,1
Jonkin verran	18	50,0
Melko paljon	4	11,1
Yhteensä	36	100,0

Vastaajia pyydettiin kertomaan esimerkkejä, miten HaiPro-järjestelmä on hyödyttänyt työyksikön potilasturvallisuutta. Eniten esimerkkejä tuli turvalliseen työympäristöön liittyvistä asioista. Varsinkin apuvälineiden käyttö on lisääntynyt ja työolosuhteisiin

saatu myönteistä muutosta. Hoitotyön turvallisuuteen on kiinnitetty huomiota, varsinkin lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Työhön liittyviä ohjeistuksia on tarkennettu ja päivitetty. Taulukossa 10. esitetään ala- ja pääluokat sekä maininnat. Taulukon jälkeen esitetään suoria lainauksia vastauksista.

Taulukko 10. Esimerkkejä HaiPron vaikuttavuudesta potilasturvallisuuteen

MAININNAT	Alaluokka n	Pääluokka n
Turvallinen työympäristö		19
Lisääntynyt apuvälineiden käyttö	13	
Työolosuhteiden kehittäminen	6	
Hoitotyön turvallisuuden kehittäminen		16
Turvallinen lääkehoito	13	
Hoitotyönmenetelmien kehittäminen	3	
Muita mainintoja		3
Läpi käyty hoitotyön prosesseja ja periaatteita	1	
Konsultaatiot	1	
Syy, seuraus keskustelut	1	
Mainintoja yhteensä		38
Kysymykseen vastanneita		22
Lomakekyselyyn vastanneita		37

”Lääkkeidenjakamisen tilanteet rauhoitettu. Lääkkeet antaa vaan koulutettu hoitaja, muut eivät saa koskea lääkkeisiin.”

”Lääkkeenjaon kaksoistarkastusjärjestelyt.”

”Fysioterapeutin konsultaatiot ja apuvälineiden hankinnat lisääntyneet.”

”Potilassiirroissa otettu käyttöön selkeästi enemmän apuvälineitä.”

”Parityöskentelyä lisätty.”

”Olemme tehneet tarkennuksia työnjakoon ja toimintaohjeisiin.”

5.4 HaiPro- vaara- ja haittatapahtumailmoitusten käsittely työyhteisössä

Esimiehiltä kysyttiin, ” Milloin käsittelet työyksikössäsi henkilökunnan kanssa vaaratapahtumaraporteista saatua tietoa?”. Taulukosta 11 nähdään, että hieman yli puolet (54,1 %) käsitteli vaaratapahtumaraporteista saatua tietoa tilanteen yhteydessä ja kerran viikossa tietoa käsitteli alle kymmenes (5,4 %). Kerran kuukaudessa tietoa käsitteli runsas kymmenes (13,5 %) ja puoli vuosittain viidennes (21,6 %) vastaajista. Vastaajista pieni osa (5,4 %) ilmoitti, ettei käsittele koskaan vaaratapahtumaraporteista saatua tietoa.

Taulukko 11. Vaaratapahtumaraporttien käsittely henkilökunnan kanssa

VAARATAPAHTUMARAPORTTIEN KÄSITTELY		
	n	%
Tilanteen yhteydessä	20	54,1
Kerran viikossa	2	5,4
Kerran kuukaudessa	5	13,5
Puoli vuosittain	8	21,6
En koskaan	2	5,4
Yhteensä	37	100,0

Esimiehiltä kysyttiin, ” Keskusteletko ilmoitetuista tapahtumista yhdessä yksikkösi henkilökunnan kanssa?”. Taulukosta 12 nähdään, että vastaajista pieni osa (5,6 %) kertoi, ettei keskustele ilmoitetuista tapahtumista yhdessä henkilökunnan kanssa. Valtaosa (94,4 %) vastaajista kertoi puolestaan keskustelevänsä henkilökunnan kanssa ilmoitetuista tapahtumista joko satunnaisesti tai säännöllisesti.

Taulukko 12. Keskustelu ilmoitetuista vaaratapahtumista

KESKUSTELU ILMOITETUISTA VAARATAPAHTUMISTA		
	n	%
En	2	5,6
Satunnaisesti	12	33,3
Säännöllisesti	22	61,1
Yhteensä	36	100,0

Kysymys ”Keskusteletko ilmoitetuista tapahtumista yhdessä henkilökunnan kanssa?”, ristiintaulukoitiin ”minkä verran aikaa HaiPro-järjestelmä on ollut käytössä” kysymyksen kanssa. Taulukosta 13 nähdään, että alle vuoden järjestelmää käyttäneistä runsas kymmenes (14,2 %), ei keskustellut HaiPro-tapahtumista henkilökunnan kanssa ollenkaan. Vajaa puolet (42,9 %) keskusteli satunnaisesti ja säännöllisesti keskusteli myös vajaa puolet (42,9 %) vastaajista. 1 – 2 vuotta sekä 3 – 4 vuotta järjestelmää

käyttäneet keskustelivat säännöllisesti henkilökunnan kanssa tapahtumista valtaosassa (75,0 %) vastauksia. Neljäs (25,0 %) vastaajista kummassakin ryhmässä keskusteli satunnaisesti tapahtumista.

Taulukko 13. Haipron käyttöajan vaikutus keskusteluun tapahtumista

KESKUSTELU ILMOITETUISTA VAARATAPAHTUMISTA				
Kauanko HaiPro käytössä	En %	Satunnaisesti %	Säännöllisesti %	Yhteensä %
Alle 1 v.	14,2	42,9	42,9	100,0
1 – 2 v.	-	25,0	75,0	100,0
3 – 4 v.	-	25,0	75,0	100,0

Esimiehille esitettiin väittämiä joissa heiltä kysyttiin mielipidettä henkilökunnan suhtautumisesta erilaisiin HaiPro:n liittyviin toimiin. Analysointivaiheessa yhdistettiin ”täysin samaa mieltä” ja ”melko samaa mieltä” vastaukset sekä ”täysin eri mieltä” ja ”melko eri mieltä” vastaukset, jolloin saatiin kolme vastausluokkaa.

Esimiehistä kolmannes (32,4 %) oli eri mieltä väitettäessä, että henkilökunta on aina tehnyt ilmoituksen, kun siihen on ollut tarvetta. Ei samaa eikä eri mieltä oli neljäs (24,3 %) ja samaa mieltä oli vajaa puolet (43,4 %) vastaajista. (Taulukko 14.)

Vastaajista oli eri mieltä neljäs (24,3 %) väitettäessä, että HaiPro-ohjelman käyttöohjeistus käydään aina läpi uusien työntekijöiden kanssa. Ei samaa eikä eri mieltä oli neljäs (24,4 %) ja samaa mieltä oli puolet (51,4 %) vastaajista. (Taulukko 14.)

Vajaa puolet (46,0 %) vastaajista oli sitä mieltä, että HaiPro-ilmoitusten käsittely on haasteellista. Kolmannes (32,4 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä, kun taas viides (21,6 %) oli eri mieltä HaiPro-ilmoitusten käsittelyn haasteellisuudesta. (Taulukko 14.)

Vastaajista eri mieltä oli kymmenes (10,9 %) kysyttäessä heidän mielipidettään koee henkilöunta HaiPro-ilmoitusten tekemisen tarpeelliseksi. Ei samaa eikä eri mieltä oli yli kolmannes (35,1 %) ja samaa mieltä oli reilu puolet (54,0 %) vastaajista. (Taulukko 14.)

Vastaajista valta osa (67,6 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että henkilökunta kokee HaiPro-ilmoitusten käsittelyn tarpeelliseksi. Ei samaa eikä eri mieltä oli vajaa kolmannes (27,0 %) ja eri mieltä pieni osa (5,4 %) vastaajista. (Taulukko 14.)

Vastaajista valta osa (78,4 %) oli samaa mieltä kysyttäessä henkilökunnan myönteistä suhtautumista HaiPro-ilmoitusten tekemiseen. Hieman yli kymmenes (13,5 %) vastaajista oli eri mieltä ja vajaa kymmenes (8,1 %) ei samaa eikä eri mieltä. (Taulukko 14.)

Kysyttäessä esimiehien mielipidettä henkilökunnan myönteisestä suhtautumista HaiPro-ilmoitusten käsittelyyn, pieni osa (2,7 %) oli eri mieltä. Ei samaa eikä eri mieltä oli vastaajista vajaa viidennes (16,2 %). Samaa mieltä oli valtaosa (81,1 %) vastaajista. (Taulukko 14.)

Valta osa (94,6 %) vastaajista oli samaa mieltä väitettäessä, että henkilökunta tietää, ettei HaiPron tarkoitus ole etsiä syyllisiä. Pieni osa (5,4 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Henkilökunnan suhtautuminen HaiPro-ilmoitusten käsittelyyn

Väittämät	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	Yhteensä
	%	%	%	%
Henkilökunta on tehnyt ilmoituksen aina, kun siihen on ollut tarvetta	32,4	24,3	43,3	100,0
HaiPro-ohjelman käyttöohjeistus käydään aina läpi uusien työntekijöiden kanssa	24,3	24,3	51,4	100,0
HaiPro-ilmoitusten käsittely on mielestäni haasteellista	21,7	32,4	45,9	100,0
Henkilökunta suhtautuu mielestäni myönteisesti HaiPro-ilmoitusten tekemiseen	13,5	8,1	78,4	100,0
Henkilökunta kokee HaiPro-ilmoitusten tekemisen tarpeelliseksi	10,8	35,1	54,1	100,0
Henkilökunta kokee HaiPro-ilmoitusten käsittelyn tarpeelliseksi	5,4	27,0	67,6	100,0
Henkilökunta suhtautuu myönteisesti HaiPro-ilmoitusten käsittelyyn	2,7	16,2	81,1	100,0
Henkilökunta tietää, että HaiPron tarkoitus ei ole etsiä syyllisiä	-	5,4	94,6	100,0

Esimiehiltä kysyttiin, millä aikavälillä he käsittelevät saapuneet HaiPro-ilmoitukset. Taulukko 15 havainnollistaa saatuja tuloksia. Vastaajista puolet (52,8 %) käsittelee HaiPro-ilmoitukset viikottain tai useammin kuin kerran viikossa. Hieman yli kymmenes (13,9 %) vastaaja käsittelee tapahtumat 1 - 2 kertaa kuukaudessa. Tätä harvemmin ilmoitukset käsittelee kolmannes (33,3 %) vastaajista.

Taulukko 15. Aikaväli millä käsittelet saapuneet HaiPro -ilmoitukset

VASTANNEIDEN LUKUMÄÄRÄ		
Käsittelyn aikaväli	n	%
Useammin kuin kerran viikossa	4	11,1
Viikottain	15	41,7
1-2 kertaa kk	5	13,9
Harvemmin	12	33,3
Yhteensä	36	100,0

Vastaajilta kysyttiin käyttävätkö he HaiPro-ohjelmasta saatavaa yhteenvetoraporttia ja tilastoja. Vastaajista puolet (50 %) kertoi käyttävänsä ja puolet (50 %) vastaajista kertoi, ettei käytä yhteenvetoraportteja eikä tilastoja. Jos vastaaja vastasi ”kyllä” edelliseen kysymykseen, niin häneltä kysyttiin, miten hyödynnät yhteenvetoraportteista ja tilastoista saatua tietoa.

Suurin osa esimiehistä vastasi käyttävänsä HaiPro-yhteenvetoraporttia ja tilastoja erilaisten asioiden seuraamiseen ja vertaamiseen. Toisena ryhmänä mainittiin työolojen ja toiminnan kehittäminen. Tietoja myös viedään kuukausikokouksiin ja osastotunneille. Tapahtumista myös keskustellaan eri henkilöstöryhmien kesken. Taulukossa 16 nähdään ala- ja pääluokat sekä maininnat. Taulukon alapuolella on suoria lainauksia vastauksista.

Taulukko 16. Yhteenvetoraporttien ja tilastojen hyödyntäminen

MAININNAT	Alaluokka n	Pääluokka n
Seurataan ja verrataan saatuja tietoja		30
Seurataan tapahtumia, määriä ja ajankohtia	16	
Verrataan tapahtumatietoja	14	
Kehitetään työoloja ja toimintaa		24
Työ ja työolojen kehittämiseen	16	
Työyksikön toiminnan kehittämiseen	8	
Keskustellaan tapahtumista		6
Henkilökunnan kanssa	4	
Lääkärin kanssa	1	
Sairaalan kuukausikokouksissa	1	
Muita mainintoja		4
Toiset ilmoittavat herkemmin	1	
Ilmoituksilla ei ollut aiheutta muutoksiin	1	
Muistin virkistykseksi	1	
Tilastollisessa mielessä käytän harvoin	1	
Mainintoja yhteensä		64
Kysymykseen vastanneita		18
Lomakekyselyyn vastanneita		37

”Näen helposti millaisia haittatapahtumia on ollut, mikä on paikka ja missä niitä tapahtuu.”

”Käytän työvuorosuunnittelussa, seuraan viikonpäiviä ja tapahtuma-aikoja ja teemme sitten ratkaisuja miten työvuorot järjestetään ja millä miehityksellä.”

”Seuraan esimerkiksi kaatumisia, noin 2 kertaa vuodessa tai useammin läpi lääkärin kanssa olisiko esimerkiksi lääkityksessä syy (esimerkiksi unilääkkeet).”

”Seuraan tapahtumatyyppiä, seuraan riskiluokkaa.”

”Toiminnan suunnittelussa ja tavoitteiden arvioinneissa.”

”Vertailen eri koteja keskenään, toiset ilmoittavat herkemmin kuin toiset.”

Esimiehiltä (n=37) kysyttiin mielipidettä siitä että sattuu ko vaaratapahtumia enemmän työyksikössäsi kuin niitä kirjataan. Puolet vastaajista (51,4 %) oli sitä mieltä että vaaratapahtumia sattuu enemmän osastolla kuin niitä kirjataan. Puolet (48,6 %) oli sitä mieltä että vaaratapahtumia ei satu enempää kuin niitä kirjataan.

5.5 HaiPro-työkalun käyttöä edistävät asiat tai seikat

Kysyttäessä mistä olet esimiehenä tarvittaessa saanut apua HaiPro-ilmoitusten käsittelijän tehtävääsi (Taulukko 17.), vastaajista kolmannes (33,3 %) ei ollut koskaan saanut apua tehtävään toiselta käsittelijältä. Runsas kolmannes (39,4 %) oli saanut apua käsittelijän tehtävään erittäin harvoin tai silloin tällöin. Melko usein tai erittäin usein apua oli saanut toiselta käsittelijältä neljännes (27,3 %) vastaajista.

Esimiehiltä kysyttiin ovatko he saaneet omilta esimiehiltään apua käsittelijän tehtävään. Vastaajista puolet (51,6 %) ei ollut koskaan saanut apua esimieheltä käsittelijän tehtävään liittyen. Erittäin harvoin apua oli saanut viidennes (22,6 %) vastaajista. Neljännes (25,9 %) vastaajista kertoo saaneensa apua esimieheltään silloin tällöin tai melko usein. (Taulukko 17.)

Vastaajista hieman yli kymmenes (12,9 %) ei ollut koskaan saanut apua käsittelijän tehtävään HaiPro-vastuuhenkilöltä. Erittäin harvoin apua oli saanut neljännes (25,8 %) ja silloin tällöin vajaa puolet (45,2 %) vastaajista. Melko usein tai erittäin usein apua oli saanut vajaa viidennes (16,1 %) vastaajista. (Taulukko17.)

Vastaajista alle puolet (38,0 %) ei ollut koskaan saanut apua käsittelijän tehtävään HaiPro-käsittelijöiden kokouksista (Taulukko17.) ja erittäin harvoin oli apua saanut viidennes (20,7 %) vastaajista. Silloin tällöin tai melko usein apua oli saanut HaiPro-käsittelijöiden kokouksista vajaa puolet (41,3 %) vastaajista.

Taulukko 17. Mistä olet tarvittaessa saanut apua käsittelijän tehtävääsi

	Toiselta käsittelijältä	Esimieheltä	HaiPro - vastuuhenkilöltä	HaiPro - käsittelijöiden kokouksista
	%	%	%	%
En koskaan	33,3	51,5	12,9	38,0
Erittäin harvoin	12,1	22,6	25,8	20,7
Silloin tällöin	27,3	19,4	45,2	31,0
Melko usein	15,2	6,5	12,9	10,3
Erittäin usein	12,1	-	3,2	-
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0

Vastaajilta kysyttiin, ”Millä muulla tavoin olet saanut esimiehenä apua HaiPro-ilmoitusten käsittelijän tehtävään?”. Kysymykseen vastasi vain kuusi esimestä. Useimmassa vastauksessa ilmeni kokemuksen puute HaiPro-käsittelijän tehtävään ja näin tukea ei ole osattu kaivata. Ohessa on suoria lainauksia vastauksista.

”Koulutuksissa.”

”Kollega on paras tuki.”

”En ole tarvinnut, kun ei ole tullut ilmoituksia.”

”Ei vielä kokemuksia.”

”Kokemusta on niin vähän, että ei ole ollut tarvetta.”

Esimiesten mielestä HaiPro-työkalun käyttöä edistää käytön helppous ja nopeus. Motivoimalla ja muistuttamalla alaisia, edistetään myös työkalun käyttöä. Avoimella ja keskustelevalle ilmapiirillä lisätään HaiPro-ilmoitusten tekoa. Tapausten asiallisella käsittelyllä edistetään HaiPro-järjestelmän käyttöä. Koulutuksilla, syyllistämättömyydellä ja anonyymiudella edistetään myös työkalun käyttöä. Taulukosta 18 nähdään muodostetut ala- ja pääluokat sekä mainintojen määrät. Taulukon alapuolella on suoria lainauksia vastauksista.

Taulukko 18. Työkalun käyttöä edistävät asiat tai seikat

MAININNAT	Alaluokka n	Päälukka n
Helppo käyttöisyys		15
Helppo käyttää	12	
Nopea käyttää	3	
Ilmapiirin merkitys		7
Myönteinen ilmapiiri	5	
Tapausten käsittely asiallisesti	2	
Tapausten käsittely		15
Yhteinen käsittely	8	
Muistuttaminen ja tiedottaminen	7	
Koulutukset		3
Perehdytys	1	
Koulutukset	2	
Muita mainintoja		5
Anonyymius	2	
Syyllyttämättömyys	1	
Työturvallisuuden edistäminen	2	
Mainintoja yhteensä		45
Kysymykseen vastanneita		28
Lomakekyselyyn vastanneita		37

”Helposti saatavilla intrassa, yksinkertainen täyttää, toimialan tuloksia käsitelty kokouksissa – tietoisuutta on.”

”Myönteinen ilmapiiri, halu korjata asioita.”

”Tapaukset käsitellään asiallisesti.”

”Hyvä perehdytys. ”Ei etsitä syllisiä” henki vaan oppimis- ja kehittämiskeino.”

” Tilanteet tulevat julkisiksi, käsittely johtaa toimenpiteisiin tarvittaessa. Potilasturvallisuus, henkilökunnan tiedottaminen, myös henkilökunnan turva. ”

Esimiesten motivointikeinojen maininnat ala- ja pääluokkineen esitetään taulukossa 19. Suurin osa esimiehistä käyttää motivointikeinoina muistuttamista, kannustamista, informointia ja tiedonsaantia. Keskusteleminen ilmoitusten teon tärkeydestä ja siitä ettei syllisiä etsitä, koettiin myös tärkeäksi motivointikeinoksi. Ilman tehtyjä HaiPro-ilmoituksia tieto ei tule julkiseksi eikä saada muutosta tai parannusta toimintaan. Esi-

miehet käyvät ilmoitukset läpi tiimin kanssa palaverissa ja kertovat mihin toimenpiteisiin ovat ryhtymässä. Taulukon jälkeen on suoria lainauksia vastauksista.

Taulukko 19. Esimiesten motivointikeinot

MAININNAT	Alaluokka n	Pääluokka n
Motivointi sanallisesti		18
Muistuttaminen	13	
Kannustaminen	5	
Yhteinen käsittely		35
Yhteispalaverit	11	
Jatkotoimenpiteistä tiedottaminen	6	
Toiminnan kehittäminen	13	
Muita mainintoja		4
Nykyisin ainoita välineitä, jolla saadaan edistettyä työ- ja potilasturvallisuutta	1	
Syyllyttämättömyys	3	
Mainintoja yhteensä		52
Kysymykseen vastanneita		29
Lomakekyselyyn vastanneita		37

” Muistuttaminen, kokemus, ei syyllisten etsimistä –tämän korostamista. ”

” Kehoittamalla tekemään ilmoitus. ”

” Kannustettu tekemään ilmoitus aina, kun jotain tapahtuu. ”

” Kerron mihin toimenpiteisiin ryhdyn saatuani ilmoituksen = joka ilmoitus käsitellään. ”

” Sillä, että vain ilmoittamalla asioista voi saada muutosta / parannusta. ”

” Tärkeä keino ennakoida tulevaa ja kehittää toimintaa. ”

Taulukosta 20 nähdään, onko HaiPro-ilmoitusten perusteella noussut ideoita koulutustarpeista. Vastaajista kolmanneksen (36,1 %) mielestä HaiPro-ilmoitusten perusteella ei ole lainkaan noussut uusia ideoita koulutustarpeista. Vastaajista neljännes (25,0 %) oli sitä mieltä, että ideoita oli noussut erittäin vähän. Hieman yli kolmasosan (36,1 %) mielestä ideoita koulutustarpeista oli tullut jonkin verran ja pienen osan (2,8 %) mielestä melko paljon.

Taulukko 20. HaiPro-ilmoitusten perusteella nousseet ideat koulutustarpeista

VASTAAJIEN LUKUMÄÄRÄ		
Koulutustarve	n	%
Ei lainkaan	13	36,1
Erittäin vähän	9	25,0
Jonkin verran	13	36,1
Melko paljon	1	2,8
Erittäin paljon	-	-
Yhteensä	36	100,0

Taulukosta 21 nähdään, että vastaajista suurin osa (63,9 %) ei ollut saanut lainkaan palautetta esimieheltä käsittelemistään HaiPro-raporteista. Erittäin vähän palautetta oli saanut alle viidennes (16,7 %) ja jonkin verran palautetta oli saanut neljännes (19,4 %) vastaajista.

Taulukko 21. Ylemmältä taholta saatu palaute HaiPro-raporteista

VASTAAJIEN LUKUMÄÄRÄ		
Palaute esimieheltä	n	%
Ei lainkaan	23	63,9
Erittäin vähän	6	16,7
Jonkin verran	7	19,4
Melko paljon	-	-
Erittäin paljon	-	-
Yhteensä	36	100,0

Kysyttäessä mitä lisätietoja tai koulutusta esimiehet kaipaivat HaiPro-ilmoitusten käsittelyyn, kysymykseen jätti 21 henkilöä vastaamatta. Vastaajat olivat sitä mieltä, että kertausta kaivattiin ja osalle koulutusta oli tulossa maaliskuussa 2012. Osa vastaajista ei osannut asiaa tarkentaa, koska kokemus HaiPro-ilmoitusten käsittelystä oli vielä vähäistä. Eräälle vastaajista jatkotoimenpiteiden valinta oli vaikeaa ja toiselle taas riskiluokan arvioiminen. Yhdessä vastauksessa kaivattiin palautetta siitä, miten palaute tulee takaisin esimiehelle, kun ilmoitus siirretään ylemmälle tasolle päätettäväksi. Tarkennusta myös kaivattiin mihin tietyt tilanteet merkitään.

5.6 HaiPro-työkalun käyttöä haittaavat asiat tai seikat

Esimiesten mielestä HaiPro-työkalun käyttöä eniten haittaavat ohjelmankäytön hankaluus ja asenteet. Hankalaksi koettiin ohjelman ”kankeus” ja jonkun mielestä ohjelma toimii hitaasti. Tottumattomuus ohjelman käyttöön hankaloittaa HaiPro-työkalun käyttöä. Terveysalan sanasto koettiin vaikeasti sovellettavaksi sosiaalipuolelle. Asenteella

suuri merkitys, jos ei koeta tärkeäksi, niin ei tehdä ilmoitusta. Ajanpuute koettiin myös haittaavana tekijänä. Oma työ koettiin liian kiireiseksi, koska ei ehditä paneutua asiaan kunnolla, esimerkiksi ei ehditä kirjata. Taulukossa 22 esitetään ala- ja pääluokat sekä maininnat työkalun käyttöä haittaavista tekijöistä. Taulukon alapuolella on suoria lainauksia vastauksista.

Taulukko 22. Työkalun käyttöä haittaavat asiat tai seikat

MAININNAT	Alaluokka n	Pääluokka n
Asenteen merkitys		11
Kiinnostuksen puute	5	
Asenneongelmat	6	
Kiire työssä		8
Ajan puute	8	
Käyttöön liittyvät ongelmat		15
Käytön hankaluus	3	
Tottumattomuus käyttöön	7	
Ohjelmaan liittyvät asiat	5	
Muita mainintoja		5
Ei ymmärretä tarkoitusta	1	
Ei tiedetä mitä pitää ilmoittaa	1	
Ilmoitusten tekeminen unohtuu	1	
Ilmoitukset täytetty puutteellisesti	1	
Ei tiedetä mitä pitää ilmoittaa	1	
Mainintoja yhteensä		39
Kysymykseen vastanneita		24
Lomakekyselyyn vastanneita		37

”Ei vielä rutiinia.”

”Tottumattomuus käyttöön.”

”Terveysalan sanasto on joskus vaikeasti sovellettavissa sosiaalipuolelle.”

”Ennakkoluulot.”

”Luullaan ettei asioille tehdä mitään kuitenkaan.”

”Joihinkin tapauksiin ei löydetä syytä eikä ratkaisua ja kuitenkin toimenpiteet on kirjattava. Ajanpuute on myös ajoittain ongelma, että ilmoituksia jää roikkumaan koska asioihin haluaa paneutua kunnolla, eikä vain nopeasti lomake tulee vastatuksi.”

6 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikka on hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Se kulkee tutkimusprosessin alusta loppuun asti. Tutkimusetiikka on yleisesti sovittuja pelisääntöjä suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, toimeksiantajiin ja yleisöön. Tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankinta menetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. Tutkijan on toimittava vilpittömästi ja rehellisesti toisia tutkijoita kohtaan, ottamalla huomioon esimerkiksi tarkoin lähdeviitteen tekstissä sekä esittämällä omat ja toisten tutkijoiden tulokset oikeassa valossa. Tutkimusetiikka käsittää myös vilpin ja piittaamattomuuden. Vilppi on toimintaa, jossa sepitetään, vääristellään tai plagioidaan toisten tuotoksia. Piittaamattomuus katsotaan johtuvan tutkijan riittämättömistä tiedoista ja taidoista. Tutkimuksen on oltava avointa ja kontrolloitua. Tutkimusetiikka sisältää myös tutkimusaineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset. Tutkittavien anonymiteetti pitää säilyttää, tutkimusaineistot eivät saa joutua väärin käsiin. (Vilka 2005, 29 - 33.) Tutkija on tutkimusetiikan mukaan vaitiolovelvollinen tutkimukseen vastaajista (Vilka 2005, 75).

Tutkimukselle haettiin lupa Kotkan kaupungin palvelujohtajalta. Muita lupia ei tarvittu, koska tutkimus kohdistui henkilöstöön. Kaikki vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti. Vastaajat pysyivät nimettöminä eivätkä yksittäiset vastaajat tai työyksiköt olleet tunnistettavissa tutkimusraportista. Tutkimuksen eettisyyden toteutumiseksi kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Toimipaikka- sekä nimitiedot hävitimme tutkimuksen jälkeen asianmukaisesti.

Tutkimustulokset pohjautuvat saatuun aineistoon ja tuloksia on kuvattu rehellisesti. Lähdeviitteet on merkitty huolellisesti ohjeiden mukaan. Lähdeaineisto on kerätty luotettavista tietokannoista.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostavat yhdessä reliabelius ja validius. Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, kun otos edustaa perusjoukkoa ja mitaamisessa on mahdollisemman vähän satunnaisvirheitä. (Vilka 2007, 152.)

Reliabiliteetti tarkastelee varsinkin mittaukseen liittyviä asioita ja tarkkuutta tutkimuksen toteutuksessa. Tutkimuksen tarkkuudella tarkoitetaan, että tutkimuksessa ei ole satunnaisvirheitä. Arvioinnin kohteena olevia asioita voidaan tarkastella näillä kysymyksillä: Edustaako otos perusjoukkoa?, mikä on vastausprosentti?, kuinka huolellisesti havaintoyksikköjen muuttujia koskevat tiedot on syötetty? ja millaisia mittausvirheitä tutkimukseen sisältyy eli mittaako mittari tutkittavia asioita kattavasti? (Vilka 2007, 149 - 150.)

Validiteetti tarkoittaa kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on ollut tarkoituskin mitata. Toisin sanoen miten tutkija on onnistunut ja kyennyt siirtämään tutkimuksessa käytetyn teorian käsitteet ja ajatuskokonaisuuden lomakkeeseen eli mittariin. Tutkimuksen validiutta on tarkasteltava tutkimuksen aikana, kun prosessoidaan käsitteitä ja suunnitellaan mittaria. Validiteettia arvioitaessa on arvioinnin kohteena seuraavat asiat: Miten tutkija on onnistunut muuttamaan teoreettiset käsitteet arkikielelle, onko mittarin kysymysten ja vastausvaihtoehtojen sisältö ja muotoilu onnistunut sekä toimiiko valittu asteikko ja sisältyykö mittariin millaisia epätarkkuuksia. Tutkijan ja tutkittavan on ymmärrettävä kysymykset samalla tavalla. Kysymykset on asetettava niin, ettei niihin jää arvailun varaa. (Vilka 2007, 150.)

Kysymykset suunniteltiin niin, ettei tule väärinymmärryksiä siitä, mitä kysymyksellä tarkoitetaan. Kyselylomake sisälsi pääasiassa strukturoituja kysymyksiä, joihin oli nopea vastata. Kyselylomakkeessa oli myös 8 avointa kysymystä, joihin vastauksia tuli vähemmän. On vaikea arvioida, johtuuko vastaamattomuus siitä, ettei tiedä asiasta mitään, vai haluttomuuteen vastata. Monet vastaajat kokevat avoimet kysymykset hankaliksi vastata.

Tutkimusongelmat ja kyselylomake suunniteltiin yhteistyössä Kaakon SOTE-INTO -hankkeen kanssa. Kyselylomake tehtiin hankkeen tarpeiden mukaisesti. Kyselylomakkeen suunnittelu oli aikaa vievää ja tarkkaa työtä. Suunnittelun jokaisessa vaiheessa tarkistimme, että saamme vastaukset asetettuihin ongelmiin. Onnistuimme hyvin kysymysten suunnittelussa ja saimme vastaukset tutkimusongelmiin. Kyselylomakkeet esiteltiin saadaksemme selville mahdolliset korjaustarpeet. Esitestaajina toimivat kyselyn kohdejoukkoa vastaavat esimiehet.

Vastausprosentti tutkimuksessamme oli hyvä johtuen osaltaan HaiPro -pääkäyttäjän laittamasta sähköpostiviestistä viikkoa ennen aiottua kyselyä. Veimme kyselylomakkeet henkilökohtaisesti tutkimukseen osallistuville jolla toivoimme saavamme nostettua vastausprosenttia. Tutkimustulokset syötimme SPSS-ohjelmaan huolellisesti. Tarkastimme jokaisessa vaiheessa mahdolliset virheet ja korjasimme ne.

6.3 Päätelmät tuloksista ja jatkotutkimusaiheet

Vastaajista suurimman osan mielestä HaiPro-järjestelmä oli vaikuttanut jollakin tapaa työturvallisuutta sekä potilasturvallisuutta edistävien toimintamenetelmien syntyyn (ks. Kuisma 2011, 39). Pääsääntöisesti vaaratapahtumaraporteista saatavaa tietoa käsiteltiin heti tilanteen yhteydessä. Henkilökunnan kanssa ilmoitetuista tapahtumista keskusteltiin säännöllisesti. Esimiesten mielestä henkilökunta kokee tärkeäksi HaiPro -ilmoitusten tekemisen sekä käsittelyn, jolloin suhtautuminen on ollut myönteistä. Ruuhilehdon & Knuutilan (2008, 5 - 8) kyselyssä esimiehille saatiin samanlaisia tuloksia. Esimiehistä suurin osa käsitteli ilmoitukset tilanteen tullessa, ilmoitus kerrallaan. Heistäkin suurin osa käsitteli ilmoituksia yhdessä henkilökunnan kanssa ja käsittely oli pääasiassa säännöllistä. Myllykankaan (2011, 2) tutkimuksen tulokset osoittavat, että vaaratapahtumien raportointi ja palautteen antaminen olisi hyvä saada osaksi päivittäistä työtä.

HaiPro-ilmoitusten tarkoitus ei ole etsiä syyllisiä vaan tuoda asioita ja ongelmia esille jolloin näistä voidaan oppia ja saada muutosta aikaiseksi. Tutkimuksessamme esimiehet kokivat myös, että henkilökunta tietää, ettei HaiPro-järjestelmän tarkoitus ole etsiä syyllisiä. Vanhasasi-Huida (2008, 44 - 45) toteaa osastonhoitajan tai vastaavan olevan tärkeä yhteyshenkilö vaaratapahtumaraporttien ja yhteenvetojen käsittelijänä sekä vaaratapahtumien hyödyntäjänä sekä tiedottajana. Mielestämme esimiehellä on suuri rooli motivoida henkilökunta tekemään HaiPro-ilmoituksia, siitakin huolimatta, että ajan puute voi olla haittaavana tekijänä.

HaiPron käyttöohjeistus käydään pääsääntöisesti läpi uusien työntekijöiden kanssa. Esimiehet kokivat HaiPro-ilmoitusten käsittelyn haasteelliseksi. HaiPro-ilmoitukset käsiteltiin yleensä viikottain. HaiPro-yhteenvetoraportteja käytettiin seurannan apuna ja toiminnan kehittämiseen. Kuisman (2010, 51) mukaan analysoimalla ja hyödyntämällä HaiPro-järjestelmään talletettuja vaaratapahtumailmoituksia, lähiesimiehet ja

toimialueen johto saavat selkeän kuvan potilasturvallisuuden nykytilasta ja kehityskohteista.

Seppälän (2011, 51) tutkimuksessa HaiPro-järjestelmä koettiin myös haittatapahtumien seurannan apuna. Niiden avulla oli helppo keskustella asioista ja paremmat mahdollisuudet turvallisiin hoitokäytäntöihin. Haittatapahtumia käytiin läpi osastotunneilla. Kuisman (2010, 51, 53) tutkimus vahvisti aiempaa tietoa, että vaaratapahtumien raportointijärjestelmän tiedoilla selvitetään yleisimmin esiintyvät vaaratyypit sekä tekijät. HaiPro-järjestelmästä saadaan esille keskeiset potilas- ja työturvallisuuden osa-alueet yksiköittäin ja toimialueittain.

Tutkimuksessamme suurin osa esimiehistä käytti motivointikeinoina muistuttamista, kannustamista, informointia ja tiedonsaantia. Ruuhilehdon & Knuutilan (2008, 6) kyselyssä ilmeni myös motivoinnin haasteellisuus. Asian jatkuva esillä pito, muistuttaminen, syyllistämättömän käsittelyn korostaminen ja konkreettisten tulosten ja muutosten esittäminen olivat muutamia esimerkkejä motivointikeinoista tässä kyselyssä. Seppälän (2011, 47) tutkimuksessa osastonhoitajat kokivat oman sekä esimiehen roolin ensiarvoisen tärkeänä potilasturvallisuuskulttuurin edistäjänä ja ylläpitäjänä. He kokivat omaksi tehtäväkseen luoda potilasturvallinen kulttuuri työyhteisöön yhdessä organisaation johdon ja henkilökunnan kanssa. Tutkimuksemme tuloksissa noin puolelle esimiehistä oli noussut uusia ideoita koulutustarpeista. HaiPro-ilmoitusten käsittelyyn kaivattiin kertausta ja koulutusta. Epäselvyyttä ilmeni mihin tietyt tapahtumatilanteet merkitään, riskiluokan arviointiin ja jatkotoimenpiteiden valintaan.

HaiPro-työkalun käyttöä edistää järjestelmän käytön helppous ja nopeus. Avoimella ja keskustelevalla ilmapiirillä edistetään HaiPro-ilmoitusten tekoa ja näin saadaan työyhteisön kannalta erittäin merkityksellistä tietoa. Hyvä perehdytys järjestelmän käyttöön edistää työkalun käyttöä. Seppäsen (2009,45) tutkimuksessa kannustavan ja myönteisen palautteen saamisessa koettiin puutteita.

HaiPro-järjestelmän käyttöä haittaavina tekijöinä pidettiin ohjelman käytön hankaluutta ja asenteita. Oma työ koettiin liian kiireiseksi eikä ajanpuutteen takia ollut aikaa paneutua asiaan kunnolla. Yli-Villamon (2008, 29) tutkimus osoitti myös, että liian pieni henkilökuntamitoitus koettiin HaiPro-järjestelmän käyttöä haittaavana tekijänä.

Mielenkiintoista tuloksissa oli, että toiset esimiehet kokivat HaiPro-työkalun käyttöä edistävänä tekijänä käytön helppoutta ja nopeutta. Toiset esimiehet puolestaan kokivat HaiPro-työkalun käyttöä haittaavana tekijänä ohjelman ”kankeutta” ja hitautta.

Kotkan sosiaali- ja terveydenhuollossa HaiPro-järjestelmä oli ollut käytössä suurimmassa osassa yksiköitä alle 3 vuotta. Moni vastaajista jätti vastaamatta avoimiin kysymyksiin tai kertoi niissä vähäisestä HaiPro-järjestelmän käyttökokemuksesta. Mielestämme samanlaisen kyselyn voisi tehdä muutaman vuoden kuluttua uudelleen, jotta käyttökokemusta ja tietoa olisi enemmän.

Koimme tämän tutkimuksen tärkeäksi, koska aihe on erittäin ajankohtainen. Potilas- ja työturvallisuuden kiinnitetään enenevässä määrin huomiota erilaisten hankkeiden ohjaamana. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013 on asettanut tavoitteeksi potilasturvallisuuden ankkuroimisen toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin jolloin hoito on vaikuttavaa ja turvallista. Syksyllä käynnistynyt Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma on asettanut tavoitteekseen, saada potilaan hoitoon liittyvät kuolemat ja haittatapahtumat puolittumaan vuoteen 2020 mennessä. Näistä ohjelmista saadaan käytännön työkaluja ja ohjeita turvallisen hoidon toteuttamiseen.

Keskeiset tutkimustulokset:

- Esimiehistä suurin osa oli sitä mieltä että, HaiPro- vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmä oli vaikuttanut jonkin verran tai paljon työturvallisuutta edistävien toimintamenetelmien syntyä. HaiPro-ilmoitusten perusteella on löydetty uusia toimintatapoja työturvallisuuden parantamiseksi.
- Esimiehistä suurin osa oli sitä mieltä, että HaiPro- vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmä oli vaikuttanut jonkin verran tai paljon potilasturvallisuutta kehittävien toimintamenetelmien syntyyn. Työolosuhteita oli kehitetty ja apuvälineiden käyttöä lisätty. Turvalliseen lääkehoitoon oli kiinnitetty huomiota.
- Haasteelliseksi HaiPro-ilmoitusten käsittelyn koki lähes puolet esimiehistä.
- Esimiesten mielestä henkilökunta kokee HaiPro-ilmoitusten käsittelyn ja HaiPro-ilmoitusten tekemisen tarpeelliseksi. Henkilökunnan kanssa keskusteltiin

tapahtuneista vaaratapahtumista. Varsinkin esimiehet, jotka olivat käsitelleet HaiPro-ilmoituksia jo pidemmän aikaa, keskustelivat tapahtumista säännöllisemmin kuin vähemmän aikaa HaiProa käyttäneet.

- Yhteenvetoraportteja ja tilastoja hyödynnettiin seuraamalla ja vertaamalla saatuja tietoja, kehittämällä työoloja ja toimintaa sekä keskustelemalla tapahtumista.
- HaiPro-työkalun käyttöä edisti käytön helppous ja nopeus. Avoimella ja keskustelevalle ilmapiirillä lisättiin HaiPro-ilmoitusten tekoa. Tapausten asiallinen käsittely, koulutus, syylistämättömyys ja anonyymius edistivät HaiPro-työkalun käyttöä. Motivointikeinoina käytettiin muistuttamista, kannustamista ja keskustelua ilmoittamisen tärkeydestä. Syylistämättömyys koettiin myös motivointikeinona. Uusia ideoita koulutustarpeista oli saatu HaiPro-ilmoitusten perusteella.
- HaiPro-työkalun käyttöä eniten haittaavat ohjelmankäytön hankaluus ja asenteet. Jos HaiProa ei koettu tärkeäksi, niin ilmoituksia ei myöskään tehty. Ajankappale koettiin myös haittavana tekijänä.

Vastaavanlaisen kyselyn voisi toteuttaa myös HaiPro-ilmoituksia tekeväälle henkilökunnalle. Kyselyllä voitaisiin selvittää henkilökunnan suhtautumista HaiPro-ilmoitusten tekoon ja esimiehen rooliin kannustavan ilmapiirin luojana. Henkilökunnan näkemyksiä HaiProin vaikuttavuudesta työ- ja potilasturvallisuuteen olisi myös erilainen näkökanta jota voitaisiin selvittää.

Vaaratapahtumien raportoinnissa painotetaan syylistämättömyyttä ilmapiiriä sekä anonyymiutta ilmoitusten teossa. Olisi mielenkiintoista tehdä kysely henkilökunnalle ja varsinkin sellaisesta näkökulmasta, että toteutuvatko edellä mainitut asiat ja millä tavalla. Syylistämättömyys ja anonyymius ovat tärkeitä motivointikeinoja ilmoitusten tekoon.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää HaiPro-koulutuksissa esimiehille sekä henkilökunnalle. Kaakon SOTE-INTO -hanke voi hyödyntää tutkimustuloksia omiin tarpeisiinsa, muun muassa järjestelmän käyttökoulutuksiin ja koulutuksen suunnitteluun.

Tutkimus antaa tietoa esimiesten suhtautumisesta HaiPro-järjestelmän hyödynnettävyydestä työ- ja potilasturvallisuuteen.

Aiempien tutkimusten valossa koulutuksessa kannattaa painottaa esimiesten tärkeää roolia avoimen, asiallisen käsittelyn ja keskustelevan ilmapiirin luojana. Esimies on avainasemassa työyhteisön turvallisuuskulttuurin ylläpitäjänä.

Tutkimustuloksia on hyödynnetty alustavasti jo maaliskuussa 2012 HaiPro-käsittelijöiden tapaamisessa Kaakon SOTE-INTO toimesta. Olemme sopineet yhdessä hankkeen kanssa, että kerromme toukokuussa työstämme ja tutkimustuloksista Kotkan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon esimiehille.

LÄHTEET

Haimi-Liikkanen, S. & Labbas, M. 2011. HaiPro verkostotapaaminen 24.11.2011: HaiPro vaara- ja haattatapahtumien raportointi Kotkan kaupungilla. Saatavissa: www.haipro/aineisto/241111_HaiPro_Kotkan_kaupungilla.pdf [viitattu 1.4.2012]

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Helovuori, A. 2009. Kohti syyllistämätöntä turvallisuuskulttuuria. Sairaanhoidaja-lehti 5/2009, s. 12 - 13.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Hirsjärvi, S., Remes P. & Sajavaara P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15. - 16. painos. Hämeenlinna: Kirjayhtymä Oy.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5., uudistettu painos. Porvoo: WSOY oppimateriaalit Oy.

Härkänen, M. 2011. Lääkityspoikkeamat- internet pohjaisen raportointijärjestelmän hyödyntäminen lääkityspoikkeamien ymmärtämisessä organisaatiossa. Pro gradu - tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Kaakon SOTE-INTO. Kaakon SOTE-INTO internetsivut. Saatavissa: <http://194.251.35.222/Kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=15758&NakymaID=538> [viitattu 18.3.2012]

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

Karjalainen, L. 2010. Tilastotieteen perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Keistinen, T., Kinnunen, M. & Holm, T. 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Suomen lääkäri-lehti 44/2008, s. 3786.

Kielilaki 6.6.2003/423

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Opas 4. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (Toim.) teoksessa Potilasturvallisuus ensin - Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto ry, s. 13.

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, terveydenhuollon laadunhallinta

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry.

Kuisma, P. 2010. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto.

Kurronen, P. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku, HaiPro vaaratapahtumien analyysi. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki kunta- ja palvelurakenteen uudistuksesta 9.2.2007/169.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 16.7. 2010/629.

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 21.5.1999/621.

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.

Leino-Kilpi H. 2009. Tieto edistää potilaan turvallisuutta. Teoksessa; Kinnunen M. & Peltomaa K. (Toim.) Potilasturvallisuus ensin - Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, s. 175.

Lehtonen, L. & Pahlman I. 2010. Terveysturvallisuuden lainsäädäntö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lohiniva-Kerkelä, M. 2004. Terveysturvallisuuden juridiikka. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Lääkelaki 10.4.1987/379.

Myllykangas, P. 2011. Sairaanhoitajien arvioita potilasturvallisuuskulttuurista - kysely erikoissairanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

National Patient Safety Agency NPSA. 2006. Seven steps to patient safety for primary care. The full reference guide. Saatavissa: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59787> [viitattu 9.4.2012].

Parantainen, A. & Laine, M. 2010. Työterveys ja -turvallisuus sosiaali- ja terveysalalla 2000 -luvulla. Sosiaali- ja terveysalan riskiprofiili. Työterveyslaitos, Turku 8.11.2010

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 2006; 122, s. 2459

Peltomaa, K. 2009. Joka kymmenes potilas, potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa: Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin - Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, s. 22 - 24.

Pietikäinen, E., Ruuhilehto, K. & Heikkilä, J. 2010. Vaaratapahtumista oppiminen - opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Tampere: Tutkimusraportti VTT-R-00414-10.

Puumi, S. 2007. Turvallista työpäivää. Pinsetti 3/ 2007, s. 14.

- Potilasvakuutuskeskus 2011. Vuosina 2006 - 2010 ratkaistut potilasvahinkoilmoitukset. Potilasvakuutuskeskuksen internetsivut. Saatavissa:
http://www.potilasvakuutuskeskus.fi/www/page/pvk_www_1532 [viitattu 23.3.2012]
- Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585.
- Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuuri - teoria ja arviointi. Julkaisusarja: VTT publications 700.
- Ruuhilehto, K. 2008. Virheilmoitusten käsittely - esimiehen vaativa rooli, *Premissi* 3/2008, s. 41 – 42.
- Ruuhilehto, K. & Knuutila, J. 2008. HaiPro vaaratapahtumien raportointi: Tuloksia ja kokemuksia käsittelystä. HaiPro.
- Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. 2011. HaiPro - millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 - 2009. *Duodecim* 2011;127, s. 1039.
- Räsänen, M. 2008. Potilaiden vaaratapahtumat erilaisissa hoitotyön toimintaympäristöissä, Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely 2004. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Seppä, M. 2008. Haittatapahtumiin puuttumalla satojen miljoonien säästöt. *Suomen lääkärilehti* 12 - 13/ 2008, s. 1209.
- Seppänen, J. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuritutkimus, kysely sairaanhoitajille ja lääkäreille. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Seppälä, C. 2011. Osastonhoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Pro gradu - tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.
- Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa; Kinnunen, M. & Peltonmaa, K. (Toim.) Potilasturvallisuus ensin - Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, s. 33, 35.

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuus-sanasto. Stakesin työpapereita 28/ 2006. Stakesin internetsivut. Saatavissa: <http://www.rohto.fi/doc/T28-VERKKO.pdf> [viitattu 18.8.2011].

STM. 2004. Työterveyshuoltolaki. Opas työterveyshuoltolain soveltajille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:12.

STM. 2008. Terveysturvallisuuden raportointijärjestelmän käyttöönotto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16.

STM. 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

STM. 2010. Vaaroista raportointi ja siitä kertyvän tiedon hyödyntämisen kansalliset linjaukset. Raportointityövaliokunta 2006 - 2009. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:18.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Surakka, T., Kiikkala, I., Lahti, T., Laitinen, H. & Rantala, T. 2008. Osastonhoitaja ja johtaminen. Helsinki: Tammi.

Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. 2012. HaiPron internetsivut. Päivitetty 13.3.2012. Saatavissa: <http://www.haipro.fi/fin/default.aspx> [viitattu 9.8.2011]

Terveysturvallisuuslaki 30.12.2010/1326.

THL. 2011a. Potilasturvallisuuteen liittyvä lainsäädäntö. Terveysturvallisuuden- ja hyvinvoinninlaitos. Terveysturvallisuuden- ja hyvinvoinninlaitoksen internetsivut. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/terveysturvallisuus-laki-ja-potilasturvallisuus [viitattu 23.3.2012].

THL 2011b. Potilasturvallisuuden keskeisiä käsitteitä. Terveysturvallisuuden- ja hyvinvoinninlaitos. Terveysturvallisuuden- ja hyvinvoinninlaitoksen internetsivut. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/keskeisia-kasitteita [viitattu 23.3.2012].

THL. 2011c. Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen internetsivut. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e28ead9c-eab6-4d67-b5e3-b12b1a9b0adf> [viitattu 11.12.2011].

Tirkkonen, H. 2011. Potilasturvallisuuskulttuuri yksityissairaalassa, kysely henkilöstölle. Pro gradu - tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turunen, H. 2011. Osastonhoitaja, vetovoimainen lähijohtaja. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Vaaratapahtumien raportoinnin vastuuhenkilöiden roolit ja oikeudet. 2011. HaiPron internetsivut. Päivitetty 5.5.2011. Saatavissa: www.haipro.fi/ohjeet/haipro_roolit.pdf [viitattu 27.10.2011]

Vanhasasi-Huida, S. 2008. Vaaratapahtumien raportointi osastonhoitajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Valvira 2011. Ohjaus ja valvonta. Valviran internetsivut. Saatavissa: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta [viitattu 22.8.2011].

Varis, M. 2011. Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri, edistävät ja heikentävät tekijät sairaalahenkilöstön kuvausten analyysi. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Tekijä	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
<p>Härkänen Marja</p> <p>Pro gradu Itä-suomen yliopisto 2011</p> <p>Lääkityspoikkeamat internetpohjaisen raportointijärjestelmän hyödyntäminen lääkityspoikkeamien ymmärtämisessä organisaatiossa</p>	<p>Tarkoitus selvittää millaisia lääkityspoikkeamia tapahtui hoidon prosessin eri vaiheissa, miten huomattiin, mitkä tekijät vaikuttivat, henkilökunnan näkemyksiä poikkeamien vähentämiseksi</p>	<p>N= 671 lääkityspoikkeama ilmoitusta HaiPro ohjelmasta 2010</p>	<p>SPPS Ristiintaulukointi. Tulokset raportoitiin frekvensseinä ja prosentteinä.</p>	<p>Ilmoittajista 83% sairaanhoitajia, lääkäreitä vain 2.5%. Potilaille tapahtui poikkeamia 69.2%. Ei haittaa 65.7 %. Vakavia seurauksia 0.3%. Lääkitysvirheitä oli 39.9 %, kirjaamisvirheitä 25.2%. Yleisimmät poikkeamistyyppit väärä annos 26 %, lääke saamatta 24%. Tärkeimmät poikkeamien syntymiseen vaikuttavat tekijät olivat kommunikaatio, tiedonkulku, työympäristö, välineet ja resurssit. Parantamalla tarkkaavaisuutta ja huolellisuutta sekä kehittämällä hoitolinjoja ja ohjeita voitiin estää lääkityspoikkeamia.</p>
<p>Kuisma Päivi</p> <p>Pro gradu Tampereen yliopisto 2010</p> <p>Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä</p>	<p>Tarkoitus oli kuvata organisaation eri toimialueilla tapahtuneita vaaratapahtumia, tuoden esiin yleisimmät tapahtumatyyppit, syntymiseen vaikuttavat taustatekijät sekä vaaratapahtumien seuraukset</p>	<p>N= 1688 Vaaratapahtuma ilmoitusta</p>	<p>Määrällinen ja laadullinen analysointi, induktiivinen sisällönanalyysi. Määrällistä aineistoa kuvattiin frekvenssien, prosentiosuuksien ja ristiintaulukoinnin avulla</p>	<p>Organisaation potilasturvallisuuden kehittämisen osaluokiksi nousivat informointi, henkilökohtaiset ominaisuudet, dokumentointi, raportointi, toimintatavat, ohjeistus, työnjako ja yhteistyö, perehdytys ja koulutus, liikkumisen rajoittaminen, tekninen valvonta, ympäristö ja johtaminen. Tärkeää on analysoida vaaratapahtumia systemaattisesti ja sekä välittää saatavaa tietoa laajasti organisaation sisällä.</p>

Tekijä	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
<p>Kurronen Paula</p> <p>Pro gradu Itä-Suomen yliopisto 2011</p> <p>Potilasturvallisuus ja tiedonkulku – HaiPro tapahtumien analyysi</p>	<p>Tavoitteena tuottaa tietoa yhden sosiaali- ja terveystieteiden tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvistä vaaratapahtumista, jotka kirjattu HaiPro järjestelmään. Selvitettiin myös tekijöitä jotka oli raportoitu tiedonkulun ongelmien synnystä</p>	<p>N= 123</p> <p>Aineisto koostui loppuun käsitellystä tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvästä vaaratapahtumailmoituksesta.</p>	<p>Induktiivinen sisällön analyysi</p>	<p>Vaaratapahtumia oli raportoitu diagnosoimien, hoitojen, toimenpiteiden ja tutkimusten, potilastietohallinnan sekä hoidon järjestelyjen yhteydessä. Tekijöinä oli kiire, pieni henkilökuntamäärä, levottomuus, hälinä, suuret potilasmäärät ja suuri työ määrä. Kotiutustilanteet, loma- ja sulkuajat altistavat työntekijöitä vaaratapahtumille. Tärkeää oppia virheistä ja kehittää uusia toimintamalleja.</p>
<p>Myllykangas Paula</p> <p>Pro gradu Itä- Suomen yliopisto 2011</p> <p>Sairaanhoitajien arvioita potilasturvallisuuskulttuurista – kysely erikoissairanhoidossa</p>	<p>Tavoite oli kuvata potilasturvallisuuskulttuuria erikoissairanhoidossa, saada tietoa potilasturvallisuuden nykytilasta ja miten tulisi parantaa. Sekä miten tutkimuksessa käytetty mittari soveltuu käytettäväksi suomalaisen terveydenhuollon kulttuuriin.</p>	<p>N = 723</p> <p>Verkkokysely 2008</p>	<p>SPPS 14-tilasto-ohjelma. Aineisto kuvattiin frekvensseinä ja prosentteina, käytettiin korrelaatiota ja keskiarvotestiä.</p>	<p>Tiimityö arvioitiin potilasturvallisuuden kannalta myönteisimmäksi. Vaaratapahtumien raportointi ja palautteen antaminen olisi hyvä olla säännöllistä. Henkilöstömitoitus oli liian pientä työmäärään nähden. Tiedonsiirto ongelmallista. Mahdollisuus kouluttautua ja vahvistaa osaamistaan auttaa potilasturvallisuus kulttuurin toteutumista.</p>

Tekijä	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
<p>Räsänen Marjo</p> <p>Pro gradu Kuopion yliopisto 2008</p> <p>Potilaiden vaaratapahtumat erilaisissa hoitotyön toimintaympäristöissä suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely 2004</p>	<p>Tavoite oli kuvata ja analysoida sairaanhoitajien ilmoittamia potilaille tapahtuneita vaaratapahtumia valtakunnallisen sairaanhoitajien työolobarometri 2004 osa-aineiston perusteella.</p>	<p>N= 3000, vastasi 1221, vastausprosen tti 41 % Kysely</p>	<p>SPPS 11,5 Aineisto analysoitiin ristiintaulukoima lla ja muuttujien välisiä riippuvuuksia testattiin khiin neliötestin avulla.</p>	<p>Viimeisen 3kk aikana 60 % ilmoitti potilaan kaatuneen, 42 % pudonneen, 39 % karanneen. Lääkevirheen ilmoitti 35 %, sairaalaaninfektion tai painehaavan 39 %. Syiksi ilmoitettiin vaaratapahtumiin paljon hoitoa vaativat potilaat 81 %, vähäisen henkilökuntamäärän 79 %, kiireen 79 %. Vaaratapahtumista raportoitiin potilaspapereihin 98 %, potilaalle 95 %, esimiehelle 96 %, hallintoon 63 % kirjallisesti tai suullisesti. Vaaratapahtumia tulisi raportoida yhtenäisesti ja kattavasti ja seurata systemaattisesti.</p>
<p>Seppälä Camilla</p> <p>Pro gradu Itä- Suomen yliopisto 2011</p> <p>Osastonhoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuu rista psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa</p>	<p>Tarkoitus oli kuvata osastonhoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuu rista psykiatrisen erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Tutkimus on osa Potilasturvallisuus tutkimushanketta, joka on osa Vetovoimainen ja turvallinen sairaala tutkimus- ja kehittämishanketta.</p>	<p>N= 8 Teemahaastat telu</p>	<p>Aineistolähtöi- nen sisällönanalyysi</p>	<p>Ylemmän johdon panostus potilasturvallisuusstrategi aan ja potilasturvallisuuskulttuu riin nähtiin tärkeänä osastonhoitajien työlle. Osastonhoitaja kantaa suurimman vastuun sen lainmukaisuudesta ja organisaation strategiaan sitoutumisesta käytännön hoitotyössä. Potilasturvallisuudesta huolehtiminen kuuluu kaikille organisaatiossa. Yhteisten arvojen vahvuus korostui potilasturvallisen hoidon toteutumisessa.</p>

Tekijä	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
<p>Seppänen Jukka</p> <p>Pro gradu Kuopion yliopisto 2009</p> <p>Potilasturvallisuuskulttuuri tutkimus – kysely sairaanhoitajille ja lääkäreille</p>	<p>Tarkoitus kuvata sairaalahenkilöstön näkökulmasta potilasturvallisuuskulttuuria sekä arvioida sairaanhoitajien ja lääkärien näkemysten eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Pyritään selvittämään, mikä on potilasturvallisuuden tila ja missä määrin se tukee potilasturvallisuuden kehittymistä.</p>	<p>N= 797 Verkko kysely</p>	<p>SPPS 15.0 Aineistosta laskettiin frekvenssejä ja keskiarvoja sekä etsittiin ammattiryhmien välisiä eroja ristiintaulukoinnin ja Mann-Whitneyn U-testin avulla.</p>	<p>Kannustavan ja myönteisen palautteen saannissa koettiin puutteita. Työvuorojen vaihtoajankohdat koettiin ongelmallisiksi hoidon toteutuksessa. Potilasturvallisuuden riskit tunnistetaan hyvin, usein sattuman avulla välttyään vakavilta virheiltä. Henkilökunnan riittämättömyys ja jatkuva kiire nousivat esille vastaajien arvioissa.</p>
<p>Tirkkonen Helena</p> <p>Pro gradu Itä- suomen yliopisto 2011</p> <p>Potilasturvallisuuskulttuuri yksityissairaalassa – kysely henkilöstölle</p>	<p>Tarkoituksena kuvata potilasturvallisuuskulttuuria yksityissairaalassa henkilöstön arvioimana sekä selvittää taustamuuttujien yhteyttä arviointeihin.</p>	<p>N= 153, kyselyyn vastasi 78, vastausprosentti 51. Verkko kysely</p>	<p>SPPS 17.0 Tulokset kuvattiin tunnuslukuina, frekvenssi- ja prosenttijakautumina. Tilastollisia menetelminä Pearsonin korrelaatio, riippumattomien otosten t-testi, yksisuuntainen varianssianalyysi, Mann-Whitneyn U-testi sekä Kruskal-Wallis testi</p>	<p>Henkilöstö arvioi parhaiten toteutuneeksi lähijohtajan odotukset ja toiminnan potilasturvallisuuden edistämiseksi sekä tiimi työskentelyn työyksiköiden sisällä. Huonoiten toteutuivat yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta sekä työvuorojen vaihdot ja siirtymiset. Tiimityö yksiköiden välillä ja sisällä toteutui hyvin samoin kommunikaation avoimuus. Esimiehet tukivat henkilöstöä myönteisen potilasturvallisuuskulttuurin edistämiseksi. Vaaratapahtumien raportointi oli osittain puutteellista. Vuorojen vaihdot ja potilaan siirtyminen yksiköstä toiseen antoivat viitteitä potilasta koskevien tietojen puutteellisesta välittymisestä.</p>

Tekijä	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
<p>Turunen Hanna</p> <p>Pro gradu Itä-Suomen yliopisto 2011</p> <p>Osastonhoitaja – vetovoimainen lähijohtaja</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on ollut kuvata millaiseksi hoitotyöntekijöiden arviot osastonhoitajan johtamistoimintaa hoitohenkilökunnan arviointeihin osastonhoitajan johtamistoiminnasta. erikoissairaanhoidossa, sekä selvittää, miten taustamuuttujat ovat yhteydessä hoitohenkilökunnan arviointeihin osastonhoitajan johtamistoiminnasta. Kyselylomake perustuu magneettisairaaloiden johtamistutkimukseen sekä yleiseen hoitotieteelliseen johtamistutkimukseen.</p>	<p>N= 1121, Kuopion yliopistollisesta sairaalasta, Mikkelin keskussairaala, Jyväskylän keskussairaalan vuodeosastoilta. Struktuoitu kyselylomake</p>	<p>SPSS 17.0 Aineisto kuvailtiin tunnuslukuina, frekvensseinä, prosentiosuuksina, keskiarvona ja keskihajontana. Tilastollisina menetelminä käytettiin Kolmogorovin-Smirnovin Z-testiä, Mann-Whitneyn U-testiä sekä faktorianalyysia.</p>	<p>Tulosten mukaan enemmistö hoitohenkilökunnasta oli tyytyväisiä osastonhoitajan johtamistoimintaan. Heikoiten toteutui osastonhoitajan palautteen anto ja palkitseminen. Osastonhoitajaan luettiin, työntekijöitä kohdeltiin oikeudenmukaisesti ja erikäisiä työntekijöitä tuettiin työssä jaksamisessa.</p>
<p>Vanhasasi- Huida Sirpa</p> <p>Pro gradu Kuopion yliopisto 2008</p> <p>Vaaratapahtumien raportointi osastonhoitajien arvioimana</p>	<p>Tarkoituksena kuvata vaaratapahtumien raportointikäytäntöjä osastonhoitajien arvioimina ja miten saatu tieto hyödynnettiin osaston toiminnan suunnittelussa ja hoitotyön kehittämisessä. Tavoitteena potilasturvallisuuden parantaminen, tiedon saaminen vaaratapahtumien raportointikäytännöistä, kirjaamisesta ja ennaltaehkäisystä ja miten saatu tieto hyödynnetään.</p>	<p>N= 211, vastausprosentti 53 % Sähköinen struktuuroitu kysely osastonhoitajille</p>	<p>SPPS 14.0 Kvantitatiivinen tutkimus. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi</p>	<p>Vaaratapahtumaraporteissa oli kuvattu tapahtumien kulku kolme neljäsosan mielestä. Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon sekä varjoaineen antoon liittyviä vaaratapahtumia kirjattiin 10 % viikottain, tiedonkulkuun ja – hallintaan 8% viikottain, potilaaseen kohdistuvia tapaturmia ja onnettomuusraportteja 4%. Eri tulosityksiköiden ja liikelaitosten välillä vaaratapahtumaraporttien kirjaamis- ja menettelykäytännöillä sekä niistä saadun tiedon hyödyntämisellä oli tilastollisesti merkittävä ero. Yövuoroissa kirjaaminen oli puutteellista.</p>

Tekijä	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
<p>Varis Marja</p> <p>Pro gradu Itä-Suomen yliopisto 2011</p> <p>Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri – edistävät ja heikentävät tekijät, sairaalahenkilöstön kuvausten analyysi</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata potilasturvallisuutta ja tuottaa tietoa potilasturvallisuuden tilasta terveydenhuollon henkilöstön näkökulmasta.</p>	<p>N= 333 Verkkokysely</p>	<p>Laadullinen sisällön analyysi</p>	<p>Potilasturvallisuutta tulee katsoa laaja-alaisesti, organisaatiosta lähtevänä toimintana, hoitohenkilön asenteista ja arvoista lähtevänä toimintana sekä yksilöstä/potilaasta lähtevänä toimintana. Ilmeni kuusi potilasturvallisuutta edistävää tekijää, joita olivat riittävät henkilöstövoimavarat, johdon tuki, tilanteiden ennakointi, perehdytyksen ja koulutuksen lisääminen, ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta, työyhteisön hyvä ilmapiiri ja HaiPro järjestelmä. Potilasturvallisuutta heikentäviä tekijöitä olivat moninainen potilaskirjo, tilojen ja välineistön puutteet, hoitotilanteiden vaihtelevuus, ylipaikalla olevat potilaat, potilasvalvonnan ongelmallisuus, ohjaukseen käytäntöjen epäselvyydet ja puutteellisuudet, potilassiirtoihin liittyvät ongelmat, hoitoon pääsyn viivästyminen, viestinnän ja johdon toimintaan liittyvät ongelmat, pienet henkilökuntaresurssit ja toimimaton yhteistyö.</p>

Tekijä	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
<p>Yli-Villamo Rami</p> <p>Pro gradu Tampereen yliopisto 2008</p> <p>Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata erään sairaalan sairaanhoitajien kokemuksia potilasturvallisuuden toteutumisesta. Lisäksi oli tarkoitus kuvata päivystyspotilaisiin kohdistuneita vaaratapahtumia ja niiden ennaltaehkäisyä</p>	<p>N= 15 Teemahaastattelu</p>	<p>Sisällön analyysi</p>	<p>Sairaanhoitajat kokivat ammattitaitoisen henkilökunnan, turvallisen hoitoympäristön sekä asianmukaisen hoidon potilasturvallisuutta edistävinä tekijöinä. Estävinä tekijöinä puolestaan ammattitaidottoman henkilökunnan, riittämättömät henkilökuntaresurssit, turvattoman hoitoympäristön, potilaiden aiheuttamat vaaratilanteet sekä hoitajapulan. Potilaisiin kohdistuneet vaaratapahtumat johtuivat hoitohenkilökunnan ja potilaiden aiheuttamista vaaratapahtumista, tapaturmista, riittämättömistä henkilöstöresursseista sekä hoitoympäristön turvattomuudesta. vaaratapahtumia voitaisiin ehkäistä koulutusta lisäämällä, perehdytyksellä, avoimella keskustelulla ja siihen liittyvällä reflektiolla. Hallinnolliset menetelmät koettiin myös tärkeiksi.</p>

KOTKAN KAUPUNKI Hyvinvointipalvelujen tehtäväalue	VIRANHALTIJAPÄÄTÖS §	Sivu
Palvelujohtaja	2.1.2012	1 1

Dnro SOTE: 77 /2011

Tutkimusluvan myöntäminen/Eveliina Aalto ja Sirpa Sani

Valmistelija: Johdon assistentti Seija Pusila

Päätöksen liitteenä on Eveliina Aallon ja Sirpa Sanin tutkimuslupahakemus.

Päätös: Päätin myöntää tutkimusluvan aiheesta HaiPro vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmä esimiesten työkaluna turvallisuuden kehittäjänä.

Toimeenpano:

Ote: Eveliina Aalto, Sirpa Sani, Hilikka Dufva Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Anna Liakka, Anne Hiiri, Liisa Rcsqvist

Oikaisuvaatimusohjeet

Palvelujohtaja



Jorma Haapanen

Tämä pöytäkirja on yleisesti nähtävänä kirjaamossa 3.1.2012

Arvoisa vastaanottaja

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä HaiPro haitta- ja vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmästä. Opinnäytetyön kysely tehdään Kotkan alueella HaiPro-vaaratapahtumailmoituksia käsitteleville lähiesimiehille. Tutkimuksemme on osa Kaakon SOTE-INTO/ Etelä-Kymenlaakson osahanketta. Opinnäytetyön ohjaajana toimii Hilikka Dufva.

Tutkimuksessa selvitetään HaiPro vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmän hyödynnettävyyttä ja vaikuttavuutta potilas- sekä työturvallisuuteen. Tutkimuksessa halutaan selvittää myös miten esimiehet pystyvät vaikuttamaan asenteisiin ja toimintakulttuuriin. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti eikä yksittäisen vastaajan tiedot tule ilmi tuloksista. Kyselyaineisto hävitetään analysoinnin jälkeen.

Kiitos etukäteen vastaamisesta

Ystävällisin terveisin.

Eveliina Aalto
Sairaanhoitajaopiskelija
Kymenlaakson ammattikorkeakoulu
eveliina.aalto@student.kyamk.fi

Sirpa Sani
Sairaanhoitajaopiskelija
Kymenlaakson ammattikorkeakoulu
sirpa.sani@student.kyamk.fi

KYSELYLOMAKE

Ympyröi mielipidettäsi vastaava vaihtoehto jokaisesta kysymyksestä

1. **Ikäsi**
 - 1 Alle 25 vuotta
 - 2 25–35 vuotta
 - 3 36–45 vuotta
 - 4 46–55 vuotta
 - 5 Yli 55 vuotta

2. **Työkokemuksesi esimiehenä:** _____ vuotta.

3. **Minkä verran aikaa HaiPro- järjestelmä on ollut käytössä yksikössä, jossa työskentelet?**
 - 1 Alle 1 vuotta
 - 2 1-2 vuotta
 - 3 3-4 vuotta

4. **Minkä verran aikaa olet käsitellyt HaiPro -ilmoituksia?**
 - 1 Alle 1 vuotta
 - 2 1-2 vuotta
 - 3 3-4 vuotta

5. **Montako potilasturvallisuusilmoitusta olet käsitellyt vuonna 2011?** _____ ilmoitusta.

6. **Montako työturvallisuusilmoitusta olet käsitellyt vuonna 2011?** _____ ilmoitusta.

7. **Minkä verran HaiPro -järjestelmä on vaikuttanut potilasturvallisuutta edistävien toimintamenetelmien kehittämiseen?**
 - 1 Ei lainkaan
 - 2 Erittäin vähän
 - 3 Jonkin verran
 - 4 Melko paljon
 - 5 Erittäin paljon

8. Milloin käsittelet osastollasi/työyksikössäsi henkilökunnan kanssa vaaratapahtumaraportteista saatuja tietoja?

- 1 Tilanteen yhteydessä
- 2 Kerran viikossa
- 3 Kerran kk
- 4 Puoli vuosittain
- 5 Kerran vuodessa
- 6 Harvemmin kuin kerran vuodessa
- 7 En koskaan

9. Keskusteletko ilmoitetuista tapahtumista yhdessä osastosi/yksikkösi henkilökunnan kanssa?

- 1 En
- 2 Kyllä, satunnaisesti jos mielestäni tapahtuu jotain opiksi otettavaa
- 3 Kyllä, otan puheeksi säännöllisesti

10. Miten henkilökunta mielestäsi suhtautuu tekemiensä HaiPro -ilmoitusten käsittelyyn?

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
a) Henkilökunta suhtautuu myönteisesti HaiPro- ilmoitusten <u>tekemiseen</u>	1	2	3	4	5
b) Henkilökunta suhtautuu myönteisesti HaiPro -ilmoitusten <u>käsittelyyn</u>	1	2	3	4	5
c) Henkilökunta on tehnyt ilmoituksen aina kun siihen on ollut tarvetta	1	2	3	4	5
d) Henkilökunta tietää, että HaiPron tarkoitus ei ole etsiä syyllisiä	1	2	3	4	5
e) Henkilökunta kokee HaiPro -ilmoitusten <u>tekemisen</u> tarpeelliseksi	1	2	3	4	5
f) Henkilökunta kokee HaiPro -ilmoitusten <u>käsittelyn</u> tarpeelliseksi	1	2	3	4	5
g) HaiPro- ilmoitusten käsittely on mielestäni haasteellista	1	2	3	4	5
h) HaiPro- ohjelman käyttöohjeistus käydään aina läpi uusien työntekijöiden kanssa?	1	2	3	4	5

11. Sattuuko mielestäsi vaaratapahtumia enemmän osastollasi/työyksikössäsi kuin niitä kirjataan?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

12. Millä aikavälillä käsittelet saapuneet HaiPro -ilmoitukset?

- 1 Useammin kuin kerran viikossa
- 2 Viikottain
- 3 1-2 kertaa kuukaudessa
- 4 Harvemmin

13. Käytätkö HaiPro- ohjelmasta saatavaa yhteenvetoraporttia ja tilastoja?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

Jos vastasit kyllä, niin miten hyödynnät yhteenvetoraportista ja tilastoista saatua tietoa?

14. Onko HaiPro- ilmoitusten käsittelyssä jotain, mistä haluaisit lisätietoja tai koulutusta?

15. Oletko saanut palautetta ylemmältä esimieheltäsi käsittelemistäsi HaiPro -raporteista?

- 1 En lainkaan
- 2 Erittäin vähän
- 3 Jonkin verran

- 4 Melko paljon
- 5 Erittäin paljon

16. Mitkä seikat haittaavat mielestäsi HaiPro- työkalun käyttöä?

17. Mitkä seikat edistävät mielestäsi HaiPro- työkalun käyttöä?

18. Miten motivoit työyksikössäsi työntekijöitä HaiPro -ilmoitusten tekoon?

19. HaiPro -ilmoitusten perusteella on noussut ideoita uusista koulutustarpeista?

- 1 Ei lainkaan
- 2 Erittäin vähän
- 3 Jonkin verran
- 4 Melko paljon
- 5 Erittäin paljon

20. Mistä olet esimiehenä tarvittaessa saanut apua HaiPro -ilmoitusten käsittelijän tehtävääsi?

	En koskaan	Erittäin harvoin	Silloin tällöin	Melko usein	Erittäin usein
a) Toiselta käsittelijältä	1	2	3	4	5
b) Esimieheltäni	1	2	3	4	5
c) Organisaatiomme HaiPro- vastuuhenkilöiltä	1	2	3	4	5
d) Organisaatiomme HaiPro -käsittelijöiden kokouksista	1	2	3	4	5
e) Muulla tavoin, miten? _____					

21. Onko HaiPro -järjestelmä vaikuttanut työturvallisuutta edistävien toimintamenetelmien syntyyn?

- 1 Ei lainkaan
- 2 Erittäin vähän
- 3 Jonkin verran
- 4 Melko paljon
- 5 Erittäin paljon

22. Miten HaiPro on hyödyttänyt työyksikkösi potilasturvallisuutta (Voit kertoa esimerkkejä)?

23. Miten HaiPro on hyödyttänyt työyksikkösi työturvallisuutta, kerro esimerkkejä?

Kiitos vastauksistanne!

MUUTTUJATAULUKKO

Tutkimusongelmat ja tutkittavat asiat	Kysymyksen numero	Teoreettinen tarkastelu
Taustamuuttajat <ul style="list-style-type: none"> Ikä Työkokemus esimiehenä HaiPro ollut käytössä HaiPro-ilmoitusten käsittely Käsitellyt potilasturvallisuusilmoitukset 2011 Käsitellyt työturvallisuusilmoitukset 2011 	1 2 3 4 5 6	
Miten HaiPro-ohjelma on hyödyttänyt potilasturvallisuutta? <ul style="list-style-type: none"> HaiPron vaikutus potilasturvallisuutta edistäviin seikkoihin HaiPron vaikutus työyksikön potilasturvallisuuteen 	7 22	12,13,22,26 13,26
Miten HaiPro-ohjelma on hyödyttänyt työturvallisuutta? <ul style="list-style-type: none"> HaiPron vaikutus työturvallisuutta edistäviin seikkoihin HaiPron vaikutus työyksikön työturvallisuuteen 	21 23	12,13,22,28 13,28
Miten HaiPro- vaara- ja häirtatapahtumailmoitukset käsitellään työyhteisössä? <ul style="list-style-type: none"> Milloin käsittelet vaaratapahtumaraporteista saatua tietoa Keskustelu henkilökunnan kanssa Henkilökunnan suhtautuminen käsittelyyn Työyksikön vaaratapahtumien määrä HaiPro-ilmoitusten käsittelyn aikaväli Yhteenvetoraporttien ja tilastojen käyttö 	8 9 10 11 12 13	10,11 13 11 9,11, 9,12 13 8,9,12
Mitkä seikat tai asiat edistävät ja haittaavat HaiPro-työkalun käyttöä? <ul style="list-style-type: none"> Lisätieto ja koulutuksen tarve Ylemmän esimiehen palaute HaiPron käytön häirtatekijät HaiPron käytön edistävät tekijät Työntekijöiden motivointi Ideat koulutustarpeista Käsittelijän tehtävään saatu apu 	14 15 16 17 18 19 20	21 21 17 17 13 21