

SAVONIA

ammattikorkeakoulu

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

HAIPRO- VAARATAPAHTUMAILMOITUSTEN TEKEMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

TEKIJÄ/T Heidi Inkinen
Anne Mäenpää

| | |
|--|----------------------------|
| Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala | |
| Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma | |
| Työn tekijä(t) Heidi Inkinen ja Anne Mäenpää | |
| Työn nimi Haipro- Vaaratapahtuma ilmoitusten tekemiseen vaikuttavat tekijät | |
| Päiväys 11.10.2022 | Sivumäärä/Liitteet 32/2 |
| Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion Yliopistollinen sairaala | |
| <p>Tiivistelmä</p> <p>Potilasturvallisuus on olennainen osa terveydenhuoltoa ja keskeinen kehittämisen kohde terveydenhuoltoalalla. Potilasturvallisuus ja potilasvahingot ovat kasvava kansanterveydellinen ja globaali haaste. Keskimäärin joka kymmenes potilas kärsii haittavaikutuksista saadessaan sairaalahoitoa. Suurin osa haittaan tai kuolemaan johtavista potilasvahingoista on inhimillisiä virheitä ja estettävissä asianmukaisella toiminnalla ja raportoimalla vaaratapahtumista oikeaoppisesti. World Health Organizationin määritelmässä potilasturvallisuuden vaaratapahtumaksi luokitellaan tilanne, joka olisi saattanut johtaa potilaalle aiheutuneeseen haittaan tai aiheuttaa haitan potilaalle. Pahimmassa tapauksessa vaaratapahtuma voi johtaa potilaan menehtymiseen. Vaaratapahtumien raportointiin on kehitetty eri maissa erilaisia järjestelmiä. Suomessa käytössä on ollut vuodesta 2007 Haipro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Järjestelmän avulla terveydenhuollon organisaatio saa tietoa vaaratapahtumista ja voi kehittää toimintaansa vaaratapahtumien ehkäisemiseksi.</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveydenhuollon vaaratapahtumia koskevien vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena on saadun tiedon avulla edistää vaaratapahtumien raportointia ja näin parantaa potilasturvallisuutta hoitotyössä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Valituilla tutkimuskysymyksillä haettiin tietoa, miksi vaaratapahtumailmoitus jätetään tekemättä ja mikä edistää vaaratapahtumailmoituksen tekemistä. Työn tilaaja, Kuopion Yliopistollinen sairaala, voi hyödyntää tutkimustuloksista saatavaa tietoa potilasturvallisuuden kehittämisessä. Tuloksia hyödyntämällä voidaan kohdistaa mahdolliset potilasturvallisuuden kehittämistoimenpiteet tehokkaasti kohteisiin, joissa kehittämistarve ilmenee. Ammattikorkeakoulut pystyvät hyödyntämään työtä potilasturvallisuuden opettamisessa, jolloin opiskelijat jo harjoitteluihin menneessään tiedostavat vaaratapahtumailmoituksen tärkeyden ja merkityksen hoitotyössä.</p> <p>Tutkimukseen valikoitiin yhdeksän tutkimusta, joista kansainvälisiä oli kahdeksan ja yksi kotimainen. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Saadun aineiston perusteella määritettiin tutkimuskysymyksiin vastaavat analyysiyksiköt. Tutkimustulosten perusteella kävi ilmi vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen liittyviä yhteneväisiä estäviä ja edistäviä tekijöitä, jotka olivat sidoksissa työntekijään, työnantajaan ja työympäristöön. Yhdeksästä tutkimuksesta kävi ilmi tekijöitä, jotka hankaloittivat tai estivät haittailmoituksen tekemistä hoitoalalla erilaisissa yksiköissä sairaaloissa, yksityisillä ja kunnallisilla palvelun tuottajilla. Yhdeksästä tutkimuksesta kävi ilmi myös tekijöitä, jotka edesauttoivat vaaratapahtumailmoituksen tekemistä. Lisätutkimuksella voitaisiin selvittää, onko toistuvia, raportointia estäviä tekijöitä enemmänkin. Laadullisella haastattelututkimuksella voitaisiin muotoilemalla tutkimuskysymyksiä hakea erilaisia näkökulmia, kun etsitään syitä jättää vaaratapahtuma raportoimatta.</p> | |
| Avainsanat Potilasturvallisuus, hoitotyö, potilasvahingot, hoitovirheet | |

| | |
|--|--------------------------|
| Field of Study Social Services, Health and Sports | |
| Degree Programme Degree Programme in Nursing | |
| Author(s) Heidi Inkinen and Anne Mäenpää | |
| Title of Thesis Barriers and contributors to report Haipro patient safety incidents | |
| Date 11.10.2022 | Pages/Appendices 32/2 |
| Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital | |
| <p>Abstract</p> <p>Patient safety is a fundamental element of health care and therefore a crucial area for development in health care delivery system. Patient safety and treatment injuries are an increasing public health issue and a global challenge. An average of 10% of patients suffer from patient injury while having hospital treatment. The majority of adverse events leading to patient injuries or to death are human errors and they can be prevented if acted appropriately and if adverse events are reported properly. World Health Organization defines patient safety adverse events as a situation that could have caused injury for a patient or causes injury to a patient. In the worst case it may lead to the death of a patient. Reporting systems vary between countries. In Finland the Haipro –patient safety incident reporting system has been in use since 2007. A health care organization can monitor adverse events and improve procedures to prevent adverse events by using an incident reporting system.</p> <p>The purpose of this review was to study factors that affect reporting adverse events in health care. The aim of the review was to advance reporting adverse events and thus improve patient safety in nursing. The descriptive literature review was used as a research method. Research questions were used to search for information about why adverse events are not reported and how to contribute to making them. The client of this study, Kuopio University Hospital, can utilize the information of this research for improving patient safety. Patient safety improvement procedures can be directed effectively there where needed by exploiting the results. Universities of applied sciences can utilize the results in educating patient safety and hence students while practising would be aware of the importance of reporting adverse events.</p> <p>Nine studies were selected for the review, eight were international and one domestic. The data was analyzed using the inductive content analysis. Units of analysis were defined to answer the research questions. Based on the results there are congruent factors that promote or prevent reporting adverse events. Nine reviewed articles reported barriers for reporting adverse events in different units at hospitals, at private health care and public health care. All nine articles reported promoting factors as well. Further research should explore if there are more frequent preventing factors for reporting adverse events. Questionnaire studies could be used to have different points of view when searching factors for why adverse events are not reported.</p> | |
| <p>Keywords Patient safety, nursing, treatment injuries, malpractice</p> | |

SISÄLTÖ

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 5 |
| 2 | POTILASTURVALLISUUS | 6 |
| 3 | VAARATAPAHTUMAT JA NIIDEN RAPORTOINTI | 8 |
| 4 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE | 10 |
| 5 | TUTKIMUKSEN TOTEUTUS | 11 |
| 5.1 | Kuvaileva kirjallisuuskatsaus | 11 |
| 5.2 | Aineiston keruu ja valinta | 11 |
| 5.3 | Aineiston analysointi | 13 |
| 6 | TULOKSET | 15 |
| 6.1 | Vaaratapahtumailmoituksen tekemistä estävät tai haittaavat tekijät | 15 |
| 6.1.1 | Työntekijään liittyvät tekijät | 15 |
| 6.1.2 | Työnantajaan liittyvät tekijät | 15 |
| 6.2 | Vaaratapahtumailmoituksen tekemistä edesauttavat tekijät | 16 |
| 6.2.1 | Työyhteisöön liittyvät tekijät..... | 16 |
| 6.2.2 | Työympäristöön liittyvät tekijät..... | 16 |
| 6.2.3 | Laitteisiin ja lääkityksiin liittyvät tekijät..... | 16 |
| 7 | POHDINTA..... | 18 |
| 7.1 | Tulosten tarkastelu | 18 |
| 7.2 | Työn eettisyys ja luotettavuus | 20 |
| 7.3 | Ammatillinen kasvu | 21 |
| 7.4 | Hyödynnettävyys ja kehittäminen..... | 23 |
| | LÄHTEET | 25 |
| | LIITE 1: HAKULAUSEKKEET | 29 |
| | LIITE 2: TUTKIMUSARTIKKELIT | 30 |

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus on potilaan saamaa oikeaan ajankohtaan ajoittuvaa ja oikeassa paikassa tapahtuvaa hyvää hoitoa, joka aiheuttaa mahdollisimman vähäisen haitan (THL 2011). Terveydenhuollon toiminnan tulee olla turvallista, laadukasta ja näyttöön perustavaa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8 §). Potilasturvallisuus on olennainen osa terveydenhuoltoa ja se on keskeinen kehittämisen kohde terveydenhuoltoalalla (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011, 1 §). WHO:n määritelmässä potilasturvallisuuden vaaratapahtumaksi luokitellaan tilanne, joka olisi saattanut johtaa potilaalle aiheutuneeseen haittaan tai on aiheuttanut haitan potilaalle. Pahimmassa tapauksessa vaaratapahtuma voi johtaa potilaan menehtymiseen. (WHO 2017, 1.) Potilasturvallisuus luokitellaan kolmeen osioon: laiteturvallisuuteen, hoidon turvallisuuteen ja lääkehoidon turvallisuuteen. Näistä hoidon turvallisuuden voi jakaa hoitomenetelmiä koskevaan turvallisuuteen ja hoitamisen turvallisuuteen. Laiteturvallisuus jakautuu laitteiden turvallisuuteen ja käyttöturvallisuuteen. Lääkehoidon turvallisuus jakautuu lääketurvallisuuteen ja lääkitysturvallisuuteen. (STM 2017.)

Haipro on terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointiin kehitetty järjestelmä (Awanic 2020). Suomessa vaaratapahtumia on raportoitu Haipro-järjestelmän avulla vuodesta 2007 lähtien ja vuonna 2019 Haipro-järjestelmään oli raportoitu ilmoituksia yli kahdessasadassa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Järjestelmän avulla terveydenhuollon organisaatio saa tietoa vaaratapahtumista ja voi kehittää toimintaansa vaaratapahtumien ehkäisemiseksi. Vaaratapahtumailmoituksen voi tehdä anonyymisti kuka tahansa vaaratapahtuman havainnut henkilö. Tapahtumasta raportoidaan tapahtuman tyyppi, luonne ja tapahtuman kuvaus mahdollisimman tarkasti. (Kuusisto, Sneck, Sova & Härkänen 2019, 13–17.) Vaaratapahtumien raportointiin kehitetyn toimintamallin tarkoituksena on kiinnittää huomiota siihen, miten tehdyistä virheistä voidaan oppia haittatapahtumien raportoinnin avulla (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2017, 10).

Tutkimusten mukaan terveydenhuollon ammattilaiset kokevat esteitä vaaratapahtumista raportoinnille. Yleisiä raportoituja esteitä ovat esimerkiksi syyllistäminen, oikeudelliset seuraamukset, sekä käsitys siitä, ettei vaaratapahtumista raportointi kehitä potilasturvallisuutta. (Lambrinos & Holubowich 2017, 3.) Vaaratapahtumailmoituksen tekemisessä tarkoituksena ei ole löytää syyllisiä, vaan saada työntekijät havahtumaan tehdyn virheen vaikutuksiin koskien potilasturvallisuutta, taloudellisia vaikutuksia ja ennaltaehkäisemään saman virheen toistumista tulevaisuudessa (Knuutila ym. 2017, 10). Vaaratapahtumailmoituksista oppiminen on hyödyllistä ja kehittää potilasturvallisuutta (Stavropoulou, Doherty & Tosey 2015, 826–866). Mikäli vaaratapahtumista raportointia halutaan pyrkiä lisäämään, on hyödyllistä tietää mitkä tekijät estävät raportointia ja mitkä tekijät lisäävät terveydenhuoltohenkilöstön raportointihalukkuutta.

Tämän opinnäytetyönä tehtävän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää terveydenhuollon vaaratapahtumia koskevien vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena on saadun tiedon avulla edistää raportointia ja näin parantaa potilasturvallisuutta hoitotyössä. Työn tilaaja, Kuopion Yliopistollinen sairaala, voi hyödyntää kirjallisuuskatsauksesta saatavaa tietoa potilasturvallisuuden edistämiseen.

2 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollon käytäntöjä, toimintoja ja periaatteita, joiden tarkoituksena on varmistaa turvallinen hoito potilaille (Ikonen & Welling 2020, 1211–1219). Potilasturvallisuus on haittatapahtumien ehkäisemiseen pyrkivää järjestelmällistä toimintaa. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua ja sen tarkoituksena on mahdollistaa yhdenvertaisen palvelun toteutuminen koko maassa. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 11–15.) WHO:n organisoima World Alliance for Patient Safety -organisaatio tukee jäsenmaidensa potilasturvallisuuden kehittymistä. Tavoitteena allianssilla on sitouttaa poliittiset päättäjät edistämään potilasturvallisuutta. WHO:n perustamat kansainväliset työryhmät ja kehittämishankkeet pyrkivät edistämään potilasturvallisuutta. (Helovu ym. 2012, 25.)

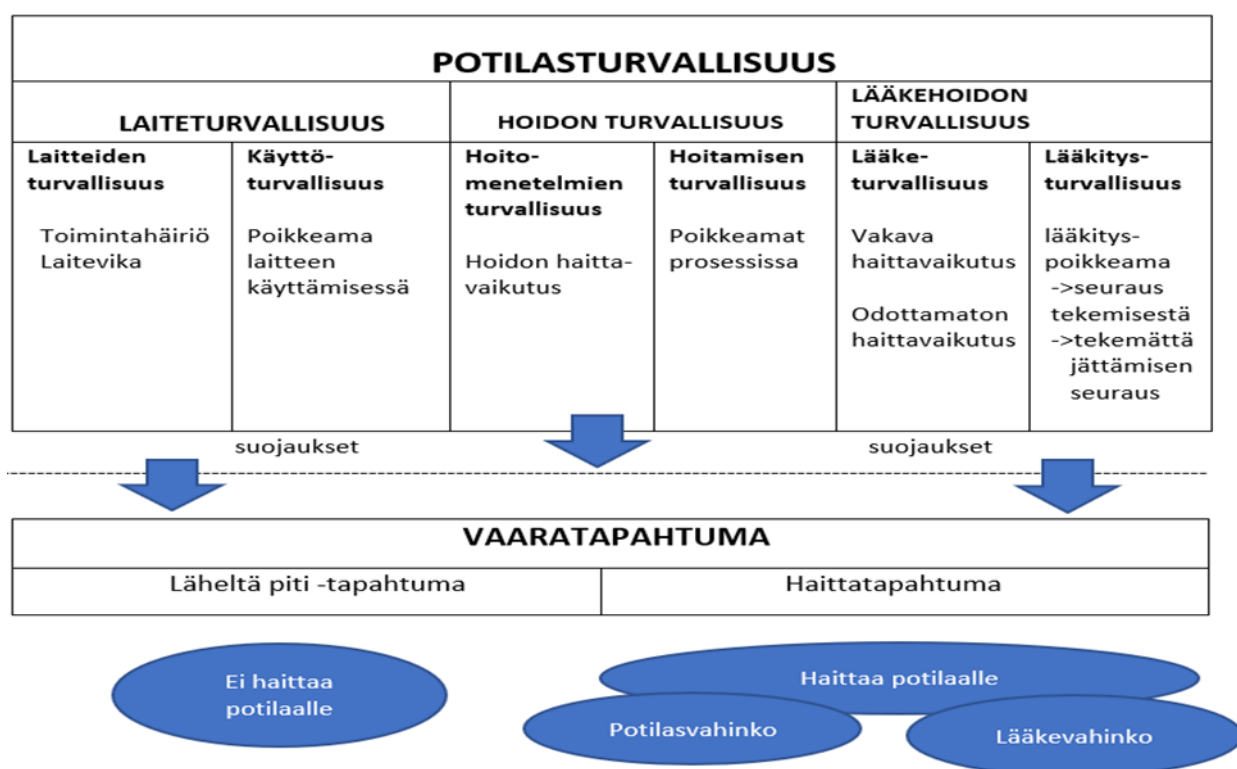
Pohjoismaat ovat 2000-luvulla olleet Euroopan valtioista kärkipäässä potilasturvallisuuteen liittyvissä toimissa. Potilasturvallisuuden laadun mittauksia on Pohjoismaissa pidetty tärkeänä. Suomessa julkaistiin ensimmäinen potilasturvallisuusstrategia vuonna 2009 ja potilasturvallisuuden parantamiseen tähtäävät toimet ovat sen jälkeen tasaisesti edistyneet. Terveydenhuollon organisaatioilla on velvollisuus huolehtia potilasturvallisuuden valvonnasta, seurannasta ja jatkotoimenpiteistä. (Doupi ym. 2015, 45–54.)

Suomessa potilasturvallisuuden toteutumista säädellään lainsäädännöllä. Sosiaali- ja terveysministeriö on vastuussa potilasturvallisuuden säädösvalmistelusta. (Helovu ym. 2012, 38.) Terveydenhuoltolaki asettaa terveydenhuollon toiminnalle vaatimuksia koskien laatua ja turvallisuutta. Toimintayksiköiden edellytetään laativan suunnitelma laadunhallintaan ja potilasturvallisuuden toimeenpanoon liittyen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8 §.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista korostaa potilasturvallisuutta potilaan näkökulmasta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä ohjaa potilasturvallisuuden laatua ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaa valvontaa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Potilasvahinkolaki säätelee potilaalle aiheutuneen vahingon korvaamista (Potilasvahinkolaki 585/1986). Lääkelaki säätelee lääkkeiden käytön turvallisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta (Lääkelaki 395/1987). Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista edistää laitteiston käyttöturvallisuutta (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010). Laki yksityisestä terveydenhuollosta säätelee omavalvontasuunnitelman käyttöä. Omavalvonta sisältää toiminnot poikkeamien ja virheiden mahdollisimman aikaiseen havaitsemiseen. (Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990.)

Ensimmäinen Sosiaali- ja terveysministeriön potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia laadittiin vuosille 2009–2013. Strategian luomat tavoitteet ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon julkisia ja yksityisiä toimintayksiköjä yhtenäisiin potilasturvallisuutta tukeviin toimintamalleihin. (Helovu ym. 2012, 31–32). Viimeisin potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia on ilmestynyt helmikuussa 2022 ja se koskee vuosia 2022–2026 (STM 2022). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tukee potilasturvallisuusstrategian täytäntöön panoa sekä kehittää välineitä ja toimintamalleja edistämään potilasturvallisuutta. THL edistää potilasturvallisuustutkimusta ja seuraa potilasturvallisuuden kehittymistä. (Helovu ym. 2012, 42.)

Potilasturvallisuus jakautuu kolmeen osioon: laiteturvallisuuteen, hoidon turvallisuuteen ja lääkehoidon turvallisuuteen. Laiteturvallisuudessa tarkastellaan oikeaoppista toimintamallia, käyttöohjeiden

noudattamista ja huollon seuranta. Hoidon turvallisuudella tarkoitetaan hoitomenetelmien ja toteutukseen liittyvien prosessien turvallisuutta. (Helovuom ym. 2012, 13–15.) Hyödyntämällä tarkistuslistoja ja etenemällä kohta kohdalta nähdään, onko kaikki varmasti tehty. Esimerkkinä WHO:n kirurginen tarkistuslista leikkaussaliin. (WHO 2009.) Lääkehoidonturvallisuuteen liittyvissä vaaratapahtumissa kyse voi olla lääkkeen haitallisesta vaikutuksesta, jolloin haitta liittyy lääkevalmisteeseen. Lääkehoidon poikkeamassa hoito ei ole toteutunut suunnitellusti, mistä voi seurata haitta potilaalle. (Helovuom ym. 2012, 13.) Lääkitysvirhe voi johtua esimerkiksi tilanteesta, jossa samankaltainen lääkepakkaus sekoitetaan toiseen. Virhettä ei huomata ajoissa ja väärä lääke annetaan potilaalle. (WHO 2009).



KUVIO 1. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (mukaillen Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus rohto 2006).

Potilasturvallisuuskulttuuri tarkoittaa henkilökunnan kokemuksista ja näkemyksistä, työyhteisön sosiaalisista ilmiöistä ja organisaation oppimisprosesseista koostuvaa kokonaisuutta. Potilasturvallisuuskulttuuri muodostuu sekä organisaation, että jokaisen yksittäisen työntekijän asenteista, arvoista, toimintamalleista ja -periaatteista. Avoimessa ja syyllistämättömässä turvallisuuskulttuurissa painotuu halu oppia ja edistää turvallisuutta. Avoimessa potilasturvallisuuskulttuurissa vaaratapahtumia voidaan käsitellä luottamuksellisesti tavoitteena kehittää toimintaa turvallisemmaksi. (Helovuom ym. 2012, 92–93.)

3 VAARATAPAHTUMAT JA NIIDEN RAPORTOINTI

Vaaratapahtumalla tarkoitetaan tilannetta mistä aiheutuu tai voi aiheutua potilaalle haittaa (esimerkiksi väärän lääkkeen antaminen). Vaaratapahtuma jakautuu kahteen osioon: läheltä piti tapahtumaan ja haittatapahtumaan (Helovuo ym. 2012, 14–15). Virheen huomaaminen ajoissa ei johda haitan aiheutumiseen potilaalle. Kyseessä on silloin läheltä piti -tilanne. Tapahtumaan voi johtaa toimintatavoista poikkeava käyttäytyminen, esimerkiksi ohjeiden väärin ymmärtäminen tai niiden huomiotta jättäminen. (Knuutila ym. 2010, 7.)

Kansainvälisellä tasolla löytyy useita vaaratapahtumien raportointiin tarkoitettuja järjestelmiä (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009, 14). Esimerkiksi Englannissa ja Walesissa on käytössä National Reporting and Learning System (NRLS). Ruotsi käyttää Lex Maria -nimistä järjestelmää. Raportointijärjestelmissä on merkittäviä eroja keskenään. Ilmoituksia tehdään sähköpostilla, puhelimitse, faksilla tai sähköisissä järjestelmissä. Ilmoituslomakkeet ovat strukturoituja tai sisältävät avoimia kenttiä. Osa lomakkeista sisältää tarkkoja luokituksia, mikä on koko järjestelmän perusta. Olennaista on, että kaikki käyttäjät tuntevat järjestelmän käytön periaatteet ja oppimisen tulee olla raportoinnin päätaivoite. (Helovuo ym. 2012, 138.)

Haipro on Suomessa käytetyin (Kinnunen, ym. 2009, 14) terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointiin kehitetty järjestelmä (Awanic 2020). Suomessa on raportoitu vaaratapahtumia Haipro-järjestelmän avulla vuodesta 2007 lähtien. Vuonna 2019 Haipro-järjestelmään oli raportoitu ilmoituksia yli kahdessasadassa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Terveydenhuollon organisaatio voi seurata Haipro-järjestelmän avulla vaaratapahtumia ja kehittää toimintaansa niiden ehkäisemiseksi. Vaaratapahtumailmoituksen voi tehdä anonyymisti kuka tahansa tapahtuman havainnut henkilö. Raportoitaessa ilmoitetaan tapahtuman tyyppi, luonne ja kuvaus mahdollisimman tarkasti. (Kuusisto ym. 2019, 13–17.) Haipro tarjoaa suuren määrän tietoa raportoiduista vaaratapahtumista. Haipro tähtää juuri-syiden selvittämiseen ja kannustaa organisaatioita muuttamaan virheellisiä prosessejaan. (Holmström ym. 2019, 864–872.)

Järjestelmistä, joiden avulla tarkastellaan tehtyjä virheitä, on hyötyä suunniteltaessa korjauksia potilasturvallisuuteen. Tapahtuneita virheitä tarkastelemalla voidaan parantaa menetelmien turvallisuutta, vähentää virheen mahdollisuutta ja kehittää tekniikoita turvallisemmiksi. Vaaratapahtumien tarkastelun ja siitä oppimisen hyödyt ilmenevät muutoksina kliinisiin toimintatapoihin tai prosesseihin. (Stavropoulou ym. 2015, 826–866.) On havaittu vaaratapahtumien raportoinnin vaikuttavan positiivisesti turvallisuuteen. Raportointi johti muutoksiin terveydenhuollon prosesseissa, muutti henkilökunnan asenteita, sekä lisäsi heidän tietämystään välineistön ja menetelmien käyttämiseen liittyen. (Anderson, Kodate, Walters & Dodds 2013, 141–150.)

Yleisimpiä syitä vaaratapahtumailmoituksen tekoon hoitoyksiköissä ovat lääkkeiden annostelusta ja jakelusta sekä lääkityksen väärin kirjaamisesta johtuvat virheet (Holmström ym. 2019, 864–872). Vaikuttavimpina tekijöinä virheiden alkusyyksi kuvataan mm. rauhattomuus lääkkeiden jakamista suoritettaessa, sekä tehtävänjakoon ja lääkemääräyksiin liittyvät epäselvyydet. Virheen tapahtumisen mahdollistava tekijä on tutkimuksen mukaan potilasasiakirjojen ristiriitainen ja puutteellinen dokumen-

tointi. Toiseksi suurin tekijä haittailmoitusten tekemiseen oli potilastapaturmat ja tiedon kulun aiheuttamat ongelmat, sekä potilaan sairauteen ja toimintatapaan liittyvät seikat. Ilmoitetuista tapahtumista suurimmasta osasta ei aiheutunut haittaa potilaalle. Jonkin asteista haittaa aiheutui 43 %:ssa ilmoitetuista tapahtumista. Vakavia haittoja liittyi 1 %:iin kaikista ilmoituksista. (Ruuhilehto ym. 2011, 1033–1040.)

Vaaratapahtumien raportointi on ollut käytössä vuosia, mutta tehdyt ilmoitukset johtavat harvemmin näkyviin toimenpiteisiin. Ongelmakohtaksi nousee tulosten tulkitseminen ja saaduista tuloksista aiheutuvien toimenpiteiden puuttuminen. (Liukka, Hupli & Turunen 2019, 1607–1613.) Vaaratapahtumailmoitusjärjestelmästä oppiminen on keskeinen strategia terveydenhuollon työntekijöiden ja potilaiden turvallisuuskulttuurin kehittämisessä. Analysoitaessa vaaratapahtumia, olennaista on hahmottaa vaaratapahtuman syntyminen moniulotteisesti, taustalla on yleensä monimutkainen tapahtumaketju ja eri tekijöiden vaikutus asiaan. (Helovuo ym. 2012, 134–143.) Juurisyihin puuttuminen olisi analyysien perusteella tärkeää. Henkilökunta voi kokea haittailmoituksen tekemisen hyödyttömäksi, jos näkyviä toimenpiteitä ei tehdystä ilmoituksesta tulekaan. (Liukka ym. 2019, 1607–1613.) Työntekijöiden, työntekijöiden ja potilaiden välille tarvitaan yhteistyötä lisäämään tietoisuutta terveydenhuollon turvallisuudesta (Wåhlin, Kvarnström, Öhrn & Nilsing Strid 2019, 44–50).

Kirjallisuudessa raportoituja, terveydenhuollon ammattilaisten kokemia esteitä raportoinnille ovat: syyllistämisen pelko, lakisääteiset rangaistukset ja käsitys, etteivät vaaratapahtumailmoitukset edistäisi potilasturvallisuutta. Koettuja esteitä ovat myös organisaation tuen puuttuminen vaaratapahtumailmoituksen tekemisessä, riittämätön tai puutteellinen palaute ilmoituksen teon jälkeen, sekä puuttuva ymmärrys siitä mistä virhe muodostuu. Raportointia helpottavana koettiin käsitys siitä, että haittatapahtumien raportointi edistää turvallisuutta. Syyllistämättömyyden kulttuurin korostaminen koettiin raportointiin ja oppimiseen rohkaisevana tekijänä. Edesauttavina tekijöinä koettiin selvyys raporttien ohjautumisesta ja siitä, kuinka järjestelmä käyttää raportteja. Esimiehiltä saatu palaute ja heidän käyttökokemuksensa raportoinnista koettiin positiivisena. Lainsäädännöllinen suoja ja mahdollisuus raportoida anonyymisti ja saada koulutusta sekä harjoitusta ja selkeät ohjeet tilanteista, joista tulee raportoida, koettiin helpottavina tekijöinä. Käyttäjystävällinen järjestelmä tuki vaaratapahtumista raportoimista. Organisaation tuki tiedon analysointiin tarkoituksen mukaisten oppimistulosten saavuttamiseksi edisti raportoimista. Monenlaiset mekanismit, kuten tapaamiset, sähköposti, tiedotteet tai kirjalliset artikkelit, auttoivat ohjaamaan palautetta raportoijille ja yhteisölle. (Lambrinos & Holubowich 2017, 1–23.)

Kohdatessaan turvallisuusongelman, ammattilaiset joko korjaavat ongelman ja unohtavat sen, tai he korjaavat ongelman ja raportoivat siitä. Havaitun ongelman korjaaminen ja asian unohtaminen oli yleisempi toimintamalli, kun haastatellut ammattilaiset kohtasivat ongelmia, jotka he pystyivät itse ratkaisemaan. Nämä tapahtumat sisälsivät 1) läheltä piti-tilanteita, joita pidettiin tarpeettomina raportoida, koska seurauksena ei ollut toteutunutta haittaa potilaille, 2) yksittäisten potilaiden turvallisuusongelmia, joita pidettiin kertatapahtumina ja 3) uudelleen ilmeneviä turvallisuusongelmia, joita pidettiin väistämättöminä ja toistuvina tapahtumina. Vain muutamissa tapauksissa nousi esiin, että ongelma oli korjattu ja siitä oli raportoitu. (Hewitt, Chreim, Forster, Vanderloo & Backman 2015, 303–310.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyönä tehtävän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää terveydenhuollon vaaratapahtumia koskevien vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena on saadun tiedon avulla edistää raportointia ja näin parantaa potilasturvallisuutta hoitotyössä. Työn tilaaja, Kuopion Yliopistollinen sairaala, voi hyödyntää kirjallisuuskatsauksesta saatavaa tietoa potilasturvallisuuden edistämiseen.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

Mitkä tekijät edistävät vaaratapahtumailmoituksen tekemistä?

Mitkä tekijät estävät vaaratapahtumailmoituksen tekemistä?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus saatavilla olevasta, tiettyä tieteellistä aihetta koskevasta tutkimuksesta. Se referoi tietystä aiheesta tehtyjä tutkimuksia tavoitteena vastata tutkimuskysymykseen. (Hempel 2019, 3.) Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuvaa jo aikaisemmin tutkitusta aiheesta ja ohjata terveydenhuollon toimintaa näyttöön perustuvaksi (Gough, Oliver & Thomas 2012, 1). Kaikille kirjallisuuskatsauksille välttämättömiä ovat seuraavat viisi vaihetta: Tutkimusongelman määrittäminen, kirjallisuushaku ja aineiston valinta, tutkimusten arviointi, aineiston analyysi ja synteesi, sekä tulosten raportointi. Mahdolliset aiheeseen liittyvät ennakkoluulot on tarpeellista tunnistaa, sillä tutkijalta odotetaan objektiivisesti tuotettua tietoa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 23–24.) Kirjallisuuskatsaus tulee suorittaa noudattaen tieteen periaatteita. Kirjallisuuskatsaukset jakautuvat kolmeen alatyypin: kuvailevat (narratiiviset) katsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset, sekä määrälliset meta-analyysit ja laadulliset metasynteetit. Jokainen katsaustyyppi toteutetaan sisältäen edellä mainitut viisi vaihetta. (Stolt ym. 2016, 7–8, 33.)

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus on käytetyin kirjallisuuskatsauksen muoto (Aveyard 2014, 2). Se pyrkii yleensä antamaan joko yleiskuvaa tutkittavasti aiheesta tai johdannon aiheeseen (Hempel 2019, 4.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus kuvaa viimeaikaisen aiheeseen liittyvän tutkimuksen laajuutta, syvyyttä ja määrää. Tavoitteena on kuvailla tiettyyn aiheeseen kohdistunutta tutkimusta ja muodostaa siitä kokonaiskuva. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen eri alatyyppejä ovat narratiivinen katsaus, kartoittava katsaus, scoping katsaus, kriittinen katsaus, nopea katsaus, yleiskatsaus sekä State of art review. (Stolt ym. 2016, 4, 8–10, 23.)

Tutkimuskysymys on kirjallisuuskatsauksen keskeinen tekijä ja ohjaa aineiston valintaa. Aineisto muodostuu jo aiemmin julkaistuista luotettavista vertaisarvioituista tutkimuksista, jotka vastaavat annettuun tutkimuskysymykseen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen neljä vaihetta ovat tutkimuskysymyksen muodostuminen, aineiston valitseminen, tiedon esille tuominen ja saatujen tulosten tarkasteleminen. (Kangasniemi ym. 2013, 294–295.) Hakuprosessi on kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta tärkeä vaihe ja voi väärin tehtäessä johtaa virheellisiin tulosten tulkintoihin. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit vaikuttavat mukaan otettavien tutkimusten valintaan. (Stolt ym. 2016, 25–27.) Tässä tutkimuksessa menetelmänä käytetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ja tutkimuskysymyksiä on kaksi.

5.2 Aineiston keruu ja valinta

Tutkimuksen tekeminen aloitettiin tutkimuskysymysten määrittämisellä. Aihe saatiin opintojen aikana heränneestä ajatuksesta: mitkä ovat syyt miksi hoitajat tekevät tai jättävät tekemättä vaaratapahtumailmoituksen. Opinnäytetyön tilaajaksi saatiin Kuopion Yliopistollinen Sairaala, KYS. Tutkimuskysymysten valmistuttua aloitettiin kattava tiedonhaku. Tietoa haettiin alan kirjallisuudesta ja aiheeseen liittyvistä tutkimusartikkeleista. Tietokannat, joista haettiin, olivat Medic, Pubmed ja Cinahl complete. Manuaaliseen tiedon hakuun hyödynnettiin Google Scholaria ja myös hakujen seurauksina suositeltuja artikkeleita hyödynnettiin.

Aiheeseen liittyviä keskeisiä hakusanoja ovat: vaaratapahtuma, haittatapahtuma, vaaratapahtumailmoitus, haittatapahtumailmoitus, potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri, potilasturvallisuuden kehittäminen, läheltä piti tapahtuma, Haipro, patient safety incident, adverse event, patient safety incident report, adverse event report, patient safety, patient safety culture, development of patient safety ja near miss. Hakulausekkeiden muodostamisessa käytettiin Boolean operaattoreita OR, AND ja NOT, sekä sulkeita ja sanankatkaisua. Keskeisille käsitteille asiasanat saatiin hyödyntäen MeSH, Fin-MeSH, YSO ja Hoidokki asiasanastoja.

Molemmat tekijät suorittivat haut itsenäisesti ja saatuja tuloksia verrattiin luotettavuuden arvioimiseksi. Haun tekeminen lopetettiin, kun uusia hakutuloksia ei annetuilla hakusanoilla tullut tai saadut tulokset alkoivat tulla toistetuksi. Tietoa hyödynnettiin vain luotettavista lähteistä ja hakukriteerit rajattiin 5 vuoden sisällä julkaistuihin artikkeleihin ja tutkimuksiin, jotta saatiin kerättyä uusinta tuotettua tietoa. Artikkeleiden hyväksymistä varten luotiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit (TAULUKKO 1), joiden avulla suljettiin pois tutkimukset, joista ei ole katsaukselle merkittävää hyötyä.

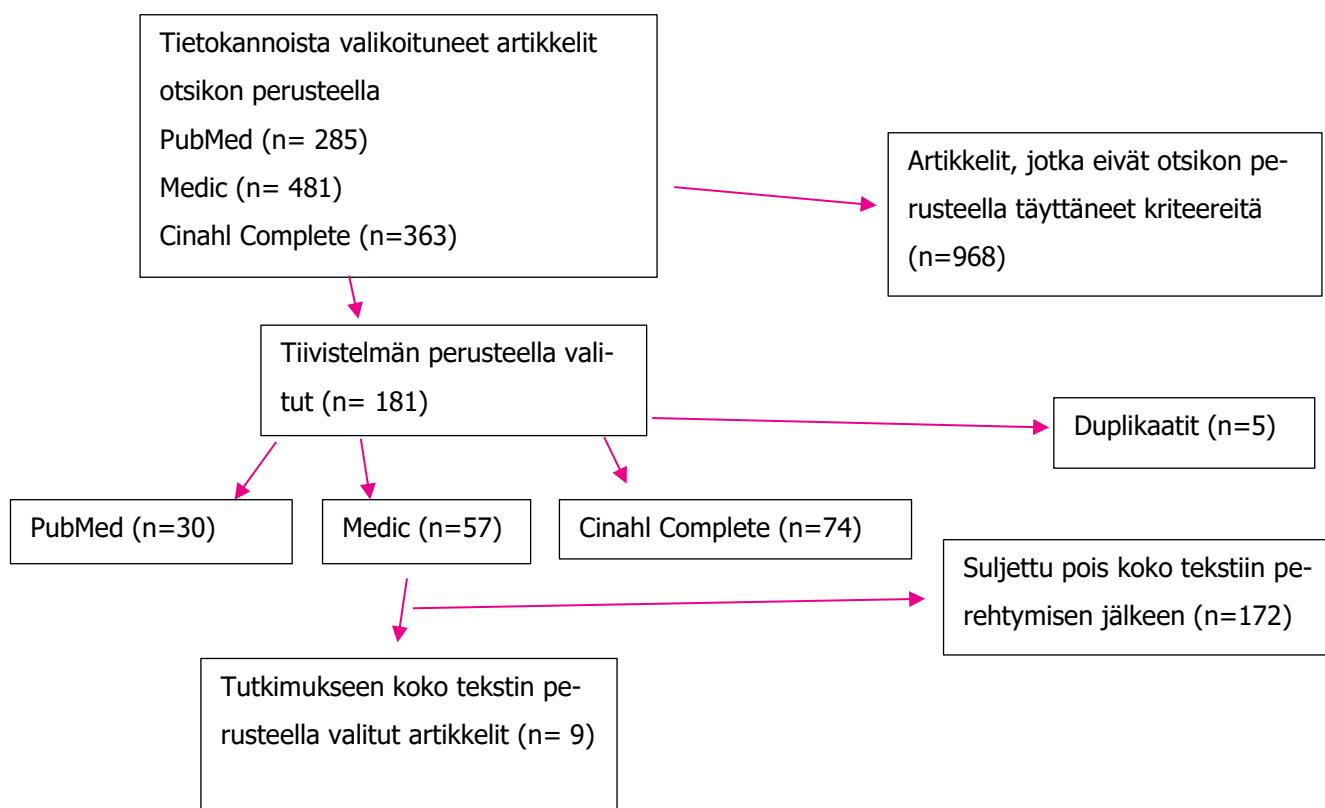
Sisäänottokriteerien mukaisesti katsaukseen otettiin mukaan hakulausekkeella saadut suomen- ja englanninkieliset tulokset vuosilta 2017–2022 siihen asti mitä hakuhetkellä tietokannasta tulokseksi tuli. Kirjallisuushaku suoritettiin helmi-toukokuussa 2022. Kirjallisuushaussa käytettiin hakulausekkeiden muodostamisessa apuna koulun informaattikkoa. Aineiston analysointi suoritettiin kesä-heinäkuussa 2022.

TAULUKKO 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

| Sisäänotto kriteerit | Poissulku kriteerit |
|---|--|
| Tutkimustehty vuosina 2017–2022 | Tutkimus julkaistu vuonna 2016 tai sitä ennen |
| Kielenä Suomi ja Englanti | Muun kieliset artikkelit |
| Alkuperäistutkimus, tieteelliset vertaisarvioidut artikkelit. | Opinnäytetyöt, ei tieteelliset tutkimukset |
| Vastaa tutkimuskysymykseen | Ei vastaa tutkimuskysymykseen |
| Koko teksti saatavilla ilman lisämaksua | Osa tekstistä tai koko teksti on maksullinen, tai vaikeasti saatavilla |

Hakutuloksista valittiin ensin mukaan otsikon perusteella sopivat artikkelit ja seuraavaksi jatkoon tiivistelmän perusteella tutkimuskysymyksiin liittyvät artikkelit. Tiivistelmien lukemisen jälkeen pois suljettiin kriteereihin sopimattomat artikkelit. Tiivistelmien lukemisen jälkeen valikoitui mukaan 181 artikkelia, joihin perehdyttiin kokonaisuudessaan. Seuraavassa vaiheessa karsiutuivat pois maksulliset artikkelit, ajallisesti sopimattomat artikkelit ja artikkelit, jotka eivät olleet tieteellisesti sopivia. Muun

kuin suomen- tai englanninkieliset artikkelit suljettiin myös pois. Katsaukseen valikoitui mukaan yhdeksän artikkelia.



KUVIO 2. Aineiston läpikäynti ja artikkelien tutkimukseen valikoituminen.

Tässä tutkimuksessa käytettiin sisäänottokriteerit läpäisseen aineiston laadun arvioimiseen hakuvaiheessa Hawker, Payne, Kerr, Hardey ja Powellin esittämää metodia systemaattisesta luotettavuuden arvioinnista (Liite 2). Heidän esittämänsä yhdeksän kohdan arviointikriteeristön avulla käytiin läpi haulla saatu aineisto ja varmistettiin aineiston luotettavuus, oikeudellisuus ja eettisyys. Edellä mainitua noudattaen pystyttiin käymään kohta kohdalta lävitse vastasiko kyseinen tutkimus meidän tutkimuskysymyksiimme. (Hawker, Payne, Kerr, Hardey & Powell 2002.)

5.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysia voidaan käyttää aineiston systemaattiseen ja objektiiviseen analysointiin. Tavoitteena on saada tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva kuvaus. Tutkimusaineiston läpikäymiseen käytettiin induktiivista, eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa ensin määritellään analyysiyksikkö. Analyysiyksiköt voivat olla sanoja, lauseita tai ajatuskokonaisuuksia. Analyysiyksiköt poimitaan tutkimusaineistosta aineistoon perehtymisen jälkeen ja ne pelkistetään (redusoidaan). (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään (klusteroidaan) tutkimuskysymyksiä vastaaviin ryhmiin ja jaetaan ala- ja pääluokkiin erojen ja samankaltaisuuksien perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2018; Stolt ym. 2016, 85–87.) Lopuksi aineisto käsitteellistetään (abstrahoidaan) edeten alkuperäisdatan ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Muut kuin tutkimuskysymykseen liittyvät aineistossa olevat asiat jätetään pois.

Saadusta aineistosta kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Sisällönanalyysin eteneminen käy ilmi taulukosta 2.

TAULUKKO 2. Kuvaus sisällönanalyysistä.

| Pelkistetty ilmaisu | Alaluokka | | Pääluokka | |
|--|----------------------------------|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kokemattomuus ➤ Kiire ➤ Perehdytyksen puute ➤ Seuraamusten välttäminen ➤ Häpeä ➤ Työyhteisön reagointi ➤ Muutoksien vähäisyys ➤ Turhautuminen ➤ Pelko ➤ Työkierto ➤ Sukupuoli ➤ Ikä ➤ Koulutustaso ➤ Ammattitaito | Työntekijään liittyvät tekijät | | Vaaratapahtumailmoituksen tekemistä estävät ja haittaavat tekijät | |
| | Työnantajaan liittyvät tekijät | | | |
| | Työyhteisöön liittyvät tekijät | | | Vaaratapahtumailmoituksen tekemistä edesauttavat tekijät |
| | Työympäristöön liittyvät tekijät | | | |
| | Laitteet | | | |
| | Lääkitys | | | |
| | Perehdyttäminen hoitolaitteisiin | | | |
| | Yhtenäiset ohjelmat | | | |
| | Tiedonkulku | | | |
| | Lääkitysohjeet | | | |
| | Potilasohjeet | | | |
| | Tarkistuslistat | | | |
| Kaksoistarkistus | | | | |

6 TULOKSET

6.1 Vaaratapahtumailmoituksen tekemistä estävät tai haittaavat tekijät

Yhdeksästä tutkimuksesta kävi ilmi tekijöitä, jotka hankaloittivat tai estivät haittailmoituksen tekemistä hoitoalalla erilaisissa yksiköissä sairaaloissa, yksityisillä ja kunnallisilla palvelun tuottajilla. Tekijät liittyivät pääsääntöisesti työntekijöihin, työnantajiin, työyhteisöön ja työympäristöön. (Azyabi, Karkowski & Davahli 2021; Thusile & Busisiwe 2020; Tlili, Aouicha, Dhiab & Mallouli 2020; Aceli de Souza Mascarenhas, Anders, Gelbcke, Marcellino de Melo Lanzoni & Ilha 2019; Liukka 2019; Tavares Alves, Siquiera de Carvalho & Cavalcanti de Albuquerque 2019; Cooper ym. 2017; Hammoudi, Ismaile & Yahya 2017; Mandel 2017.)

6.1.1 Työntekijään liittyvät tekijät

Kuudessa mukana olleista tutkimuksista nousi esiin työntekijöiden osalta hankaloittavina tekijöinä kiire (ei ollut aikaa ilmoituksen tekemiselle), työvuorojen pituus ja koulutuksen puute. Pitkään työsuhteessa olleet kokivat joutuvansa ottamaan vastuuta enemmän toisten työntekijöiden kokemattomuuden vuoksi. Ilmoituksia jätettiin myös tekemättä, kun koettiin ettei asiaan puututtu tai ilmoituksen tekeminen ei johtanut muutoksiin, eikä ilmoituksista saatu palautetta. Kollegiaalisuus virheen tehnyttä hoitajaa kohtaan ja pelko leimaantumisesta työyhteisössä (tehdessä ilmoitus toisesta hoitajasta) olivat estäviä tekijöitä vaaratapahtumaraportin tekemiselle. (Azyabi ym. 2021; Thusile & Busisiwe 2020; Tlili ym. 2020; Aceli de Souza Mascarenhas ym. 2019; Tavares Alves ym. 2019; Hammoudi ym. 2017.) Tärkeäksi esteeksi raportoinnille koettiin hoitajien osalta erilaiset näkemykset siitä mikä määrittellään lääkitysvirheeksi. Esteeksi ilmoitettiin myös pelko siitä, että työyhteisö pitäisi virheen tehnyttä hoitajaa epäpätevänä. Myös raportoinnista aiheutuva vaiva tuotiin esille estävänä tekijänä. Huono kommunikatio muiden työn tekijöiden välillä koettiin heikentävänä tekijänä. (Hammoudi, Ismaile & Yahya 2017.) Syyllistäminen ongelmien ratkaisemisen sijaan nähtiin myös haittaavana tekijänä. Ilmoitusta ei haluttu tehdä, koska sen pelättiin kääntyvän työntekijää vastaan. Koettiin, että puututaan enemmän virheen tekijään, kuin itse virheeseen ja syihin mitkä johtivat virheen tapahtumiseen. Ilmoituksen tekemisen koettiin myös aiheuttavan haittaa maineelle kilpailuhenkisessä ympäristössä ja vähentävän potilaiden luottavaisuutta. (Thusile & Busisiwe 2020; Tlili ym. 2020.) Syyllistämisen koettiin yleisesti liittyvän vaaratapahtumailmoituksiin, joissa potilaan reklamaatioon oltiin etukäteen varauduttu. Useimmin syyllistäminen liitettiin vaaratapahtumiin, jotka sisälsivät erottamissuunnitelmia, kommunikatio-ongelmia tai lähetteitä. (Cooper ym. 2017.)

6.1.2 Työnantajaan liittyvät tekijät

Esimiesten koettiin tai pelättiin virheestä raportoitaessa keskittyvän työntekijään sen sijaan että keskityttäisiin tarkastelemaan systeemiä potentiaalisena virheen aiheuttajana. Ilmoituksia luettiin ja käytiin lävitse esimiestasolla, mutta tapahtuman vakavuuden mukaan, virheisiin puuttuminen ja niiden läpikäyminen työyhteisön kanssa oli heikkoa. Kokemattomuus ja nuori ikä esimiestasolla näkyivät myös hankaloittavina tekijöinä ilmoituksiin puuttumiselle. Kaikki eivät välttämättä ole tietoisia ilmoituskentekoprosessista, eivätkä osanneet toimia oikein ohjatessaan henkilökuntaa ilmoituksen tekemisessä. Työnantajan puolelta ohjeistaminen raportoinnin tekemiseen ja perehdyttäminen saattoivat puuttua kokonaan tai olla vajavaisia. (Aceli de Souza Mascarenhas ym. 2019; Tlili ym. 2020.) Lisäksi

tuotiin esiin positiivisen palautteen puute lääkityksen sujussa virheettömästi. Lääkitysvirheissä painotettiin liikaa hoidon laatua, eikä johdon reaktio virheeseen vastannut virheen vakavuusastetta. (Hammoudi ym. 2017.) Esimiesten asenteet vaaratapahtumaraportointia kohtaan ja potilasturvallisuuden liittyvien asioiden tukeminen voivat myös vaikuttaa henkilökunnan ilmoitusaktiivisuuteen (Liukka 2019).

6.2 Vaaratapahtumailmoituksen tekemistä edesauttavat tekijät

Yhdeksästä tutkimuksesta kävi ilmi tekijöitä, jotka edesauttoivat vaaratapahtumailmoituksen tekemistä. Tekijät liittyivät työyhteisöön, työympäristöön, laitteisiin ja lääkitykseen. (Azyabi ym. 2021; Thusile & Busisiwe 2020; Tlili ym. 2020; Aceli de Souza Mascarenhas ym. 2019; Liukka 2019; Tavares Alves ym. 2019; Cooper ym. 2017; Hammoudi ym. 2017; Mandel 2017.)

6.2.1 Työyhteisöön liittyvät tekijät

Kahdeksassa tutkimuksessa nousi esiin luottamus ja tiimityöskentelyn tärkeys. Näiden ollessa kunnossa uskallettiin keskustella ja miettiä yhdessä avoimesti syitä tapahtuneelle. Hyvät kommunikaatiotaidot työntekijöiden ja esimiesten kesken koettiin positiivisena. Virheistä oppiminen korostui tilanteissa missä avoimesti pystyttiin käymään tilanne vaihe vaiheelta lävitse. Työyhteisössä koettiin keskustelun auttavan haittailmoituksen tekemistä jatkossa ja parantavan potilasturvallisuutta. (Azyabi ym. 2021; Thusile & Busisiwe 2020; Tlili ym. 2020; Aceli de Souza Mascarenhas ym. 2019; Liukka 2019; Tavares Alves ym. 2019; Cooper ym. 2017; Mandel 2017.)

6.2.2 Työympäristöön liittyvät tekijät

Koulutuksien lisääminen vaaratapahtumien raportointiin tarkoitettujen ohjelmien tarkoituksesta ja raportoinnin vaikutuksista potilasturvallisuuteen on tulosten perusteella tarpeen niin esimiesten kuin työntekijöiden keskuudessa. Vaaratapahtumien raportoinnista haittasivat työntekijöiden haasteet havaita vaaratapahtuma, tiedon puute koskien raportointiprosessia, kokemattomuus ja motivaation puute. Työnantajien tulisi opastaa ja kannustaa tekemään haittailmoituksia ja korostaa syyllistämättömyyden kulttuuria. Työyhteisön tulisi ymmärtää raportoinnin tarkoitus ja merkitys hoitoalalla. Virheitä esiin tuomalla ja niiden lävitse käymisellä voidaan parantaa potilasturvallisuutta. (Aceli de Souza Mascarenhas ym. 2019; Tavares Alves ym. 2019.) Tiimityöskentely, hyvä yhteishenki ja syyllistämättömyyden kulttuuri koettiin edistävänä tekijänä ilmoituksen tekemiselle (Tlili ym. 2020). Miettimällä yhdessä miten virheen tapahtuessa tulee toimia ja millä keinoin jatkossa vastaavalta tilanteelta vältytään, voidaan vaaratapahtumien raportointia lisätä. Palautteen antaminen edistää vaaratapahtumailmoitusten tekemistä. (Liukka 2019; Cooper ym. 2017.) Esimiesten tuki haittailmoitusten tekemisessä koettiin edistävänä tekijänä (Azyabi ym. 2021).

6.2.3 Laitteisiin ja lääkityksiin liittyvät tekijät

Vaaratapahtumaraportoinnissa käytössä olevaan ohjelmistoon perehdyttäminen ja helppokäyttöisyys voisivat edistää ilmoitusaktiivisuutta. Tärkeänä tekijänä pidettiin myös identiteettisuojaan säilymistä ohjelmaa käyttäessä. (Aceli de Souza Mascarenhas ym. 2019). Jo olemassa olevien tarkistuslistojen ja potilasohjeiden noudattaminen ja niiden helppo saatavuus vähentäisivät riskiä vaaratapahtumalle,

mutta myös edistäisivät mahdollisesti ilmoituksen tekemistä (Liukka 2019; Mandel ym. 2017). Selkeästi tietokoneelle kirjoitetut lääkemääräykset ja tarkat hoito-ohjeet, sekä hyvä kommunikaatio tiimin kesken vähentäisivät virheen tekemisen mahdollisuutta. Hyvänä muistisääntönä tulisi käyttää edelleen sairaanhoitajille kautta maailman opetettavaa 10 kohdan listaa lääkkeen annossa. Oikea potilas, oikea lääke, annos, antoreitti, aika, vaste, vuorovaikutus, arviointi, potilasohjaus ja dokumentointi. (Hammoudi, Ismaile & Yahya 2017.) Lääkkeiden kaksoistarkistaminen ennen potilaalle antamista ja olemassa olevien ohjeistuksien noudattaminen lisääisi potilasturvallisuutta ja ehkäisisi virheen mahdollisuutta (Liukka 2019; Tavares Alves ym. 2019).

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimustulosten perusteella ilmeni vaaratapahtumailmoituksen tekemistä estäviä ja edistäviä tekijöitä, jotka olivat sidoksissa työntekijään, työnantajaan ja työympäristöön. (Azyabi ym. 2021; Thusile & Busisiwe 2020; Tlili ym. 2020; Aceli de Souza Mascarenhas ym. 2019; Liukka 2019; Tavares Alves ym. 2019; Cooper ym. 2017; Hammoudi ym. 2017; Mandel 2017.) Tutkimusartikkeleissa käsiteltiin potilasturvallisuuden ja sen kehittämisen tärkeyttä maailmanlaajuisesti WHO:n ohjeistuksen mukaisesti (Azyabi ym. 2021; Thusile & Busisiwe 2020). On hyvä huomioida, että vaaratapahtumailmoituksen tekemättä jättäminen ja vaaratapahtumaan johtaneiden tekijöiden korjaamatta jättäminen vaarantavat potilasturvallisuutta ja voivat aiheuttaa haittaa potilaalle tai mahdollisesti johtaa potilaan kuolemaan (Aceli de Souza Mascarenhas ym. 2019).

Työntekijään liittyviä tekijöitä olivat työn kiireisyys ja työntekijöiden vähyys. Vuorot koettiin kuormittavina: ei ollut aikaa tehdä vaaratapahtumailmoitusta ja eikä halukkuutta jäädä raportoimaan työajan ulkopuolella. Raportoinnin siirtäminen seuraavaan päivään johti helposti asian unohtumiseen ja tekemättä jättämiseen. (Tlili ym. 2020; Hammoudi ym. 2017.) Kiire on ilmoitettu esteeksi vaaratapahtumasta raportoinnille myös aiemmassa tutkimuksessa (Evans, Berry, Smith, Esterman, Selim, O'Shaughnessy & DeWit 2006). Kokeneemmat ja pitkän työuran tehneet kokivat vastuunsa kasvavan vuorossa olevien hoitajien kokemattomuuden vuoksi, mikä lisäsi heidän työtaakkaansa ja vähensi heidän innostustaan ilmoituksen tekemiseen. Terveystieteiden ammattilaisten kokemia esteitä vaaratapahtumista raportoinnille aiemman tutkimuksen perusteella olivat esimerkiksi syyllistäminen, oikeudelliset seuraamukset ja käsitys siitä, että vaaratapahtumista raportointi ei kehitä potilasturvallisuutta eikä raportoinnista seuraa näkyviä toimenpiteitä (Liukka ym. 2019, 1607–1613; Lambrinos & Holubowich 2017, 3). Ilmoitusaktiivisuutta heikentävänä tekijänä pidettiin sitä, että aiemmin tehdyillä ilmoituksilla ei ollut toivottua vaikutusta eikä asiaan puututtu kunnolla. Työntekijöiden mukaan tehty ilmoitus ei johtanut toimenpiteisiin, eikä asiaan tullut konkreettisia muutoksia. Virheen ilmetessä hoitajat kokivat esimiesten keskittyvän enemmän syylliseen kuin tilanteeseen johtaneisiin tekijöihin. Raportointiin itsessään toivottiin parempaa perehdytystä ja ohjausta. (Azyabi ym. 2021; Thusile & Busisiwe 2020; Aceli de Souza Mascarenhas ym. 2019; Tavares Alves ym. 2019; Hammoudi ym. 2017.) Työvuoron pituus ja ajankohta vaikuttivat ilmoitusaktiivisuuteen. Yövuoroja ja vaihtuvia vuoroja eri yksikössä tekevillä hoitajilla ilmoitusaktiivisuus oli heikompaa kuin pelkkää päivävuoroa ja samassa työpisteessä tekevillä. (Azyabi ym. 2021.)

Esteeksi vaaratapahtuman raportoinnille koettiin aiemmassa tutkimuksessa syyllistämisen pelko. Raportointia helpottavana tekijänä koettiin syyllistämättömyyden kulttuurin korostaminen. (Lambrinos & Holubowich 2017, 1–23.) Syyllistämisen kulttuuri ja pelko työyhteisön reaktioista ovat syitä miksi ilmoitus jätetään tekemättä. Ilmoitusta ei uskalleta tehdä, kun mietitään miten muut reagoivat ja joutuuko ilmoituksen tekijä hyljeksityksi työyhteisössä. (Thusile & Busisiwe 2020; Mandel ym. 2017.) Kollegiaalisuus ja työyhteisön paine koettiin heikentävänä tekijänä ilmoituksen tekemiselle. Ilmoitusta tehdessä tulisi puuttua ongelmaan, eikä etsiä syyllistä tapahtuneelle. Raportoimattomuudesta tulee

helposti normaalia ja unohdetaan raportoinnin tarkoitus. Raportoinnin tarkoituksena on pyrkiä ymmärtämään mistä virhe johtui ja estää vastaavanlaisten virheiden toistuminen. Tarkoitus on pyrkiä syyllistämättömyyden kulttuuriin. (Tavares Alves ym. 2019; Cooper ym. 2017.)

Tutkimustuloksista ilmeni työnantajien ja esimiesten lukevan ja käyvän lävitse raportteja, mutta niihin ei välttämättä otettu kantaa tai niistä ei keskusteltu työyhteisön kanssa. Nuori ikä, vähäinen työkokemus ja vähäinen ymmärrys raportoinnin merkityksestä esimiestasolla heikensivät puuttumista raportoinnissa esiin tulleisiin seikkoihin. Koettiin tarvittavan lisää koulutusta ja perehdytystä, jotta voitaisiin toimia oikein ja ohjata myös henkilökuntaa toimimaan tilanteissa, joissa virhe on huomattu. (Tiili ym. 2020; Aceli de Souza Mascarenhas ym. 2019; Tavares Alves ym. 2019.) Ilmoitushalukkuuteen vaikutti myös hoitajien saama vähäinen positiivinen palaute, kun lääkitys sujuu virheettömästi (Hammoudi ym. 2017). Esimiesten omilla asenteilla vaaratapahtumia kohtaan voi olla vaikutusta myös työntekijöiden asenteeseen raportointia kohtaan (Liukka 2019). Myös aiemmissa aiheita käsittelevissä tutkimuksissa ilmenee, että esimiehiltä saatu palaute ja heidän käyttökokemuksensa raportoinnista vaikuttivat positiivisesti raportointihalukkuuteen (Lambrinos ja Holubowich 2017, 1–23).

Aiempien tutkimusten tulosten perusteella tarvitaan yhteistyötä työnantajien, työntekijöiden ja potilaiden välillä lisäämään tietoisuutta terveydenhuollon turvallisuudesta (Wåhlin ym. 2019, 44–50). Tiimityöskentelyn tärkeys, hyvä työyhteisö ja luottamus työtovereihin sekä esimiehen tuki ja palaute edistivät ilmoitusaktiivisuutta. Näiden asioiden ollessa kunnossa, uskallettiin ilmoituksista keskustella. Työyhteisössä mietittiin yhdessä syitä tapahtuneelle ja miten vastaavaa voisi jatkossa ehkäistä. (Azyabi ym. 2021; Thusile & Busisiwe 2020; Tiili ym. 2020; Aceli de Souza Mascarenhas ym. 2019; Liukka 2019; Tavares Alves ym. 2019; Cooper ym. 2017; Hammoudi ym. 2017; Mandel 2017.)

Käyttäjäystävällinen järjestelmä edisti vaaratapahtumista raportoimista. Organisaation tuki tietoa analysoitaessa vahvasti tarkoituksenmukaisten oppimistulosten saavuttamista ja tuki vaaratapahtumista raportoimista. (Lambrinos ja Holubowich 2017, 1–23.) Tämän tutkimuksen tutkimustulokset tukevat aiempaa käsitystä: työyhteisöt ja esimiehet kaipaavat enemmän koulutusta vaaratapahtumien raportointiin ja perehdyttämistä raportointiin tarkoitettuun ohjelmistoon. Raportointiohjelmistosta toivottiin mahdollisimman selkeää ja yksinkertaista. Mikäli ohjelma koettiin hankalaksi ja kankeaksi, se vähensi vaaratapahtumien ilmoitushalukkuutta. Esimiesten pyrkimys syyllistämättömyyden kulttuuriin ja tukeminen raportoinnissa nähtiin edistävänä tekijänä. (Tiili ym. 2020; Aceli de Souza Mascarenhas ym. 2019; Tavares Alves ym. 2019.) Tiimityöskentelyn merkitys korostui ja nähtiin potilasturvallisuutta parantavana. Voitiin vapaasti keskustella asioista, saatiin ja annettiin palautetta. Yhdessä voitiin miettiä ratkaisuja miten vastaavissa tilanteissa tulisi toimia ja näin edistää ilmoitusaktiivisuutta. (Liukka 2019; Cooper ym. 2017.)

Vaaratapahtumia voidaan välttää hyödyntämällä lukuisia jo olemassa olevia tarkistuslistoja ja potilasohjeita. Tarkistuslistojen ja potilasohjeiden avulla voidaan mahdollisesti myös parantaa ilmoitusaktiivisuutta. Esimerkkinä lääkkeiden kaksoistarkastaminen ennen potilaalle antamista parantaisi potilasturvallisuutta ehkäisemällä virheen mahdollisuutta. (Aceli de Souza Mascarenhas ym. 2019; Liukka 2019; Mandel ym. 2017.)

7.2 Työn eettisyys ja luotettavuus

Etiikka tutkii hyvää ja pahaa, sitä mikä on oikein ja mikä väärin (Tieteen termipankki 2022). Tutkimusetiikalla tarkoitetaan tutkijan ammattietiikkaa, sisältäen eettiset periaatteet, normit, arvot ja hyveet (Kuula 2011, 23). Tutkimusetiikalla ymmärretään laajasti katsottuna kaikkia tutkimukseen ja tieteeseen liittyviä eettisiä näkökulmia. Kapeammin tarkasteltuna sillä ymmärretään eettisesti vastuullisten ja oikeiden toimintatapojen noudattamista tutkimustoiminnassa. (TENK 2012, 4.) Tutkimusta tehdessään tutkijan on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2014, 23). Tutkimuksen tuloksilla on vaikutusta eettisiin ratkaisuihin ja toisaalta eettiset näkökulmat vaikuttavat tutkijan tekemiin ratkaisuihin (Tuomi & Sarajärvi 2018).

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatima ohje, Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa, ohjaa tutkimuksen tekijöitä noudattamaan tieteellisiä toimintatapoja tutkimuksen luotettavuuden saavuttamiseksi (TENK 2012; Kuula 2011, 34). Hyvää tieteellistä käytäntöä toteutetaan muun muassa noudattamalla rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta ja avoimuutta kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Lisäksi ohjeen mukaan tulee muiden tutkijoiden saavutukset huomioida asianmukaisella tavalla tuloksia julkaistaessa. Tutkimuksen suunnittelun, toteuttamisen ja raportoinnin tulee edetä tieteelliselle tiedolle määriteltyjen vaatimusten mukaisesti. Mahdolliset rahoituslähteet ja muut merkitykselliset sidonnaisuudet tulee ilmaista asianmukaisesti. (Kuula 2011, 34–35.)

Tässä tutkimuksessa on hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti noudatettu rehellisyyttä ja tarkkuutta, sekä huolellisuutta. Tietoa haettiin laadukkaista tietokannoista ja tietolähteistä. Aineiston valintaa varten muodostettiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on mahdollista käyttää myös muita kuin tieteellisiä artikkeleja (esimerkiksi pääkirjoituksia) mikäli käyttäminen on kirjallisuuskatsauksen kysymyksenasettelun kannalta perusteltua (Green, Johnson & Adams 2006, 103). Tähän kirjallisuuskatsaukseen valittiin mukaan yksi pääkirjoitus huomioiden sen olevan kirjallisuuskatsauksen kysymyksenasettelun kannalta soveltuva. Tutkimukseen otettiin mukaan verkossa maksuttomana saatavilla olevia tutkimuksia, sekä yksi tutkimus, joka saatiin maksuttomasti Savonia AMK:n kautta luettavaksi. Muiden tutkijoiden tekemää työtä on kunnioitettu viittaamalla lähteisiin asianmukaisesti. Tutkimussuunnitelma on esitelty työn tilaajaorganisaatiolle, mistä on saatu tutkimukselle tutkimuslupa. (TENK 2012, 6.) Tässä tutkimuksessa eettiset kysymykset liittyivät aineiston hankintaan, tieteellisen tiedon luotettavuuteen ja tutkimustulosten vaikutuksiin (Kuula 2011, 11).

Tehdyn tutkimuksen luotettavuutta tulee pyrkiä arvioimaan. Tätä varten on erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen reliabeliutta ja validiutta tulisi arvioida. Reliabelius kuvaa tulosten toistettavuutta. Validius kuvaa sitä, miten hyvin mittari mittaa tarkoitettua asiaa. (Hirsjärvi ym. 2014, 231–233.) Tämän tutkimuksen reliabeliutta tukee se, että tutkijoita on kaksi vertaamassa löydöksiä. Validiutta tukee huolellisesti muotoillut tutkimuskysymykset, joita vasten tutkimuksen edetessä löydöksiä peilattiin. Tutkimuksen validiutta tukee myös huolellisesti toteutettu sisällönanalyysi.

Tutkimuksen uskottavuus, siirrettävyys, vahvistuvuus ja reflektiivisyys kuvaavat tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisessa tutkimuksessa uskottavuutta arvioidaan tarkastelemalla vastaavtko tutkijan käsitteellistykset ja tulkinnat tutkittavien tulkintoja (Eskola & Suoranta 2008, 211). Tämän tutkimuksen ollessa kirjallisuuskatsaus ei tutkittavia henkilöitä ole. Siirrettävyys kuvaa sitä, voisivatko tutkimustu-

lokset olla mahdollisia toisessa tutkimusympäristössä (Puusa & Juuti 2022, luku 11). Samoilla hakulausekkeilla samoista tietokannoista hakemalla tulosten voi olettaa olevan samoja. Se mitkä hakutulosista valitaan lopulliseen tutkimukseen vaikuttaa saatuihin tuloksiin. Vertaamalla aiempaa tutkimusaineistoa tässä tutkimuksessa saatuihin tuloksiin, voidaan kuitenkin havaita samansuuntaisia tuloksia useissa eri tutkimuksissa. Vahvistuvuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen perusteella tehdyt tulokset saavat tukea muusta aiemmasta vastaavaa ilmiötä tarkastelevista tutkimuksista. (Eskola & Suoranta 2008, 212–213.) Vahvistettavuus kuvaa toistettavuutta. Tämän tutkimuksen vahvistuvuutta tukee huolellisesti laadittu ja taulukoilla täydennetty kuvaus tutkimuksen etenemisestä, sekä huolelliset lähdemerkinnät. Vahvistettavuutta tukevat myös aiempien tutkimusten tulokset. Tässä tutkimuksessa raportointia estäviä syitä olivat esimerkiksi: kiire, resurssien puute, kokemus siitä, ettei tehdyllä ilmoituksella ole vaikutusta eikä siitä seuraa muutoksia, syyllistämisen pelko ja kokemus siitä, etteivät esimiehet reagoi tehtyihin ilmoituksiin. Näitä samoja tekijöitä on tuotu esille raportoinnin esteenä aiemmassa aiheesta tehdyssä tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa raportointia edistävinä tekijöinä mainittiin muun muassa tiimityön tärkeys, luottamus työyhteisössä, esimiehen tuki ja selkeä ohjelma, jolla raportoida. Näitä raportointia edistäviä tekijöitä on raportoitu myös muissa aiemmissä aiheita koskevissa tutkimuksissa. Perehtymällä ennen tämän tutkimuksen aloittamista vielä laajemmin aiempaan aiheeseen koskevaan tutkimukseen, olisi tämän tutkimuksen tuloksia tukevia aiempia tutkimuksia voinut tulosten tarkasteluvaiheessa olla tiedossa vielä enemmän. Tutkijan reflektiivisyys tutkimusprosessiinsa liittyen on keskeinen tekijä tutkimuksen luotettavuuden muotoutumisessa (Puusa & Juuti 2022, luku 11). Tutkimuksen reflektiivisyyttä lisättiin tiedostamalla tutkijoiden omat ennakkokäsitykset ja mielipiteet, jolloin niiden ei annettu vaikuttaa tutkimuksen tekemiseen ja tulosten tulkintaan. Tutkimuksia käytiin läpi sanatarkasti varmistaen, että tutkijoiden tulkinnat tekstistä olivat yhtenevät.

7.3 Ammatillinen kasvu

Ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen ovat kaikille terveydenhuollon ammattilaisina toimiville oikeus ja velvollisuus. Ilman hyvää ammattitaitoa ei synny hyvää hoitoakaan. (ETENE 2001.) Valmistuvina sairaanhoitajina meidän tulee kehittää ja ylläpitää taitojamme jatkossakin, jotta pystymme vastaamaan eettisesti ja kestäväällä tavalla kasvavaan hoidon tarpeeseen. Opinnäytetyön tekeminen on ollut iso osa tätä ammatillisen osaamisen kasvua. Olemme yhdessä pohtineet eettisyyttä ja asioiden oikeellisuutta tehdessämme tätä työtä. Olemme saaneet laadukasta tietoa potilasturvallisuudesta ja potilasturvallisuuskulttuurista. Suurin osa käsittelemästämme aineistosta on ollut englanninkielistä, joten olemme oppineet englanninkielistä alan käsitteistöä, sekä tulkitsemaan paremmin englanninkielistä terveydenhuoltoalan tieteellistä aineistoa. Olemme kehittyneet tieteellisen tiedon hakemisessa ja lähdekriittisyydessä.

Työn suunnittelun aloitimme keväällä 2021. Aihe valikoitui yhteisestä kiinnostuksen kohteesta vaaratapahtumailmoituksiin ja niihin liittyviin tilanteisiin, joita olimme harjoittelun aikana kohdanneet. Ohjaajalta saimme idean HaiPro:sta. Tämä johti ajatukseen, miksi hoitoalalla jätetään raportoimatta tilanteita, joista selkeästi kuuluisi raportoida. Tutkimussuunnitelmaa teimme syksyn 2021 ja se valmistui 2022 helmikuussa. Jouduimme huomaamaan ja myöntämään myös omat rajamme työtä tehdes-

sämme, emmekä erinäisistä syistä saaneet työtä valmiiksi kesään 2022 mennessä. Aloituksesta valmistumiseen meni aikaa 1,5 vuotta. Työn tekeminen tuntui ajoittain raskaalta loppuvaiheen opintojen, työelämän ja perheen yhdistämisen vuoksi. Haasteita asettivat myös maantieteelliset erot. Asumme eri puolella Suomea, joten suurimman osan työstä teimme etänä, kommunikoiden puhelimen tai tietokoneen välityksellä. Työn tekeminen opetti joustavuutta, toisen osapuolen yksityisen ajan kunnioittamista ja arvostamista. Opimme myös tunnistamaan toisistamme vahvuuksia, joita pystyimme hyödyntämään työtä tehdessä.

Työtä tehdessämme saimme kysymyksiimme samoja vastauksia mitä työelämässä olemme havainnoineet. Kiire, hoitajien vähyys, kokemattomuus, työympäristön paine, kollegiaalisuus ja ehkä herättävimpänä tekijänä se, että tehdyillä ilmoituksilla ei koettu olevan vaikutusta. Jos emme tee vaaratapahtumailmoituksia, ei myöskään mikään muutu. Kollegiaalisuus toista hoitajaa kohtaan on myös kykyä pystyä osoittamaan tai/ja myöntämään tehty virhe.

Meillä on olemassa hyvät ja ajantasaiset potilasohjeet, joiden mukaan toimimme. Kiire ja nopeasti muuttuvat tilanteet mahdollistavat virheen syntymisen. Jos teemme virheen, korjaamme sen ja meidän tulisi pystyä miettimään mitkä seikat johtivat virheen syntymiseen. Mitä tapahtui, jäikö jotain huomioimatta, mitä nyt tekisin toisin vastaavassa tilanteessa. Työyhteisön kanssa yhdessä läpi käymällä tilanteet, voidaan huomata seikkoja, mitkä eivät välttämättä itselle ole tulleet mieleen. Etsimällä ratkaisuja ongelmiin, voidaan ehkäistä vaaratapahtumien syntymistä ja edistää potilasturvallisuutta.

Ilmoituksen tekemiseen vaikuttavat omat asenteemme, toimintatapamme ja miten voimme jatkossa ehkäistä saman virheen tapahtumista uudelleen. Muutoksen tulee lähteä meistä jokaisesta ja ilmoitusten merkitys tulee ymmärtää myös potilasturvallisuuden näkökulmasta. Vaaratapahtumailmoituksen ei ole tarkoitus etsiä syyllisiä tapahtuneelle, vaan estää niitä tapahtumasta. Olemme ihmisiä ja teemme inhimillisiä virheitä, mutta meidän tulee osata muuttaa toimintatapaamme, jotta virheitä jatkossa vältetään ja niistä opittaisiin.

Sairaanhoitajan ammatillisia kompetensseja ovat esimerkiksi asiakaslähtöisyys, eettisyys ja ammatillisuus. Potilasturvallisuudesta huolehtiminen on asiakaslähtöistä hoitotyön toteuttamista. Hoitotyön arvojen ja eettisten periaatteiden mukaisesti toimiminen tarkoittaa esimerkiksi väestön terveyden edistämistä ja ylläpitämistä, sekä ihmiselämän suojelemista. Sairaanhoitajan tulee työtä tehdessään eettisten ohjeiden mukaan arvioida omaa ja muiden pätevyyttä. Hoitotyön laadun tulee olla mahdollisimman hyvä. Tämän tutkimuksen tekeminen on antanut meille laajan pohjan ymmärtää mistä potilasturvallisuus koostuu. Olemme saaneet vahvistusta ajatukseemme, että vaaratapahtumien puheeksi ottaminen ja käsitteleminen edistävät potilaiden terveyttä ja potilaiden terveyden suojelemista. Etiikka on vahvasti läsnä sairaanhoitajan työssä, ja näkemyksemme siitä, että vaaratapahtuman ilmoittaminen on tärkeä osa eettistä toimintaa, on saanut tässä prosessissa vahvistusta.

Sairaanhoitajan tulee pystyä tukemaan kollegoitaan ammatillisessa kehittämisessä. Sairaanhoitajan tulee toiminnallaan edistää tieteellisyyttä ja kyetä johtamaan omaa toimintaansa sekä ymmärtää työhön liittyvät vastuut. Sairaanhoitajina olemme vastuussa potilaista ja heidän laadukkaan hoitonsa toteutumisesta, hoitovirheiden tunnistaminen ja niiden ehkäiseminen ovat osa tätä vastuuta. Virheestä

ilmoittaminen ja kollegoiden kannustaminen ilmoittamaan virheet omalta osaltaan ovat vastuullista ammatillista toimintaa. Virheen käsittelemisestä ja sen perusteella toiminnan kehittämistä voi seurata muutoksia. Muutosten merkityksen ymmärtäminen ja muutostilanteessa vastuullisesti toimiminen ovat osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista. Hyviä työyhteisötaitoja tarvitaan vaaratapahtumien käsittelemisessä ja niiden pohjalta toiminnan muokkaamisessa. Tätä tutkimusta tehdessämme saimme kokemusta ja näkemystä siitä, miten ottaa esille havaittu vaaratapahtuma rakentavasti.

Vaaratapahtumien raportointi on osa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöä, joka sairaanhoitajan tulee hallita. Kliinisen hoitotyön kenttä on laaja. Vaaratapahtuma voi tapahtua millä tahansa hoitotyön osa-alueella, kuten esimerkiksi toimenpiteessä, sisätautia sairastavan hoidossa, mielenterveyshoitotyössä tai kiireellistä hoitoa tarvitsevan potilaan hoidossa. Sairaanhoitajana meillä tulee olla valmius reagoida kaikenlaisiin ja monenlaisissa ympäristöissä tapahtuviin vaaratapahtumiin. Tämän tutkimuksen tekeminen on laajentanut käsitystämme siitä, miten moninaisia vaaratapahtumat vaikutuksineen voivat olla. Olemme havainneet, että aiemmin tapahtuneisiin vaaratapahtumiin perehtyminen lisää tietoisuutta vaaratapahtumien riskeistä ja tukee niistä oppimista. Olemme saaneet tietoa siitä, miten ratkaista ammatillisiin tilanteisiin liittyviä ristiriitoja. Olemme havainneet, että kun aiheesta avoimesti puhutaan, madaltuu kynnyksensä ottaa vaaratapahtuma puheeksi tai tehdä vaaratapahtumailmoitus.

Tutkimuksen tekeminen on opettanut meitä hyödyntämään aktiivisesti tieteellistä tietoa. Vaaratapahtumista oppiminen ja toiminnan muokkaaminen niiden pohjalta turvallisemmaksi on hoitotyön kehittämistyötä. Olemme oppineet, että vaaratapahtumilla on vaikutuksensa ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin, mutta ne myös tuottavat yhteiskunnalle kustannuksia. Sairaanhoitajina tulemme työssämme ymmärtämään terveyden edistämisen taloudellisia lähtökohtia ja vaaratapahtumaraportoinnin merkityksen osana tätä. Ymmärrämme että sairaanhoitajan tulee kyetä ehkäisemään riskitekijöitä, sekä tunnistamaan ja ehkäisemään laatu- ja turvallisuusongelmia. Tämä on osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista. Olemme tätä tutkimusta tehdessämme kehittyneet matkallamme potilasturvallisuuden, laatu- ja turvallisuusongelmien tunnistamisen ja eettisesti kestävä, laadukkaan terveydenhuollon asiantuntijoiksi.

7.4 Hyödynnettävyys ja kehittäminen

Tutkimuksessa lähteenä on käytetty tuoretta tutkimustietoa aiheesta. Vaaratapahtumailmoituksista löytyy paljon tutkittua tietoa kansallisesti ja kansainvälisesti. Aiheestamme, miksi ilmoitus jätetään tekemättä ja mitkä ovat syyt siihen, löytyi huomattavasti vähemmän tietoa. Monet löytyneet tekijät, miksi vaaratapahtumailmoituksia jätetään tekemättä, olivat tämän tutkimuksen kanssa samansuuntaisia myös aiemmissa tutkimuksissa. Näyttää siltä, että tietyt syyt jättää tekemättä ilmoitus toistuvat eri tutkimuksissa kansainvälisellä tasolla. Olisi perusteltua kehittää vaaratapahtumien raportointia siten, että kynnyksensä tehdä ilmoitus madaltuisi. Kehittämistoimia voisi kohdentaa havaittujen toistuvien tekijöiden pohjalta. Lisätutkimuksella, esimerkiksi kirjallisuuskatsauksilla, voitaisiin selvittää, onko toistuvia, raportointia estäviä tekijöitä enemmänkin. Laadullisella haastattelututkimuksella voitaisiin tutkia tutkimuskysymyksiä muotoilemalla hakea erilaisia näkökulmia, kun etsitään syyt jättää vaaratapahtuma raportoimatta.

Tutkimukseen valittiin viiden vuoden sisällä julkaistuja artikkeleita. Tämä viittaa siihen, että vaikka potilasturvallisuus on ollut esillä maailmanlaajuisesti, esteitä raportoimiselle on löytynyt edelleen viime vuosina. Haaste vaikuttaa tämän havainnon perusteella olevan edelleen ajankohtainen.

Aihetta olisi hyvä tutkia jatkossa enemmän, jotta vaaratapahtumaraportointi saataisiin toteutumaan tulevaisuudessa asianmukaisesti, ilmoitukset tehtäisiin oikeaoppisesti ja ne johtaisivat muutoksiin toimintamalleissa. Työntekijät tulisi perehdyttää käyttämään ohjelmaa ja käydä yhdessä lävitse ne asiat, joista tulee tehdä vaaratapahtumailmoitus. Toimimalla näin voisimme edistää ja parantaa potilasturvallisuutta.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden ja potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisessä. Koulut pystyvät hyödyntämään työtä potilasturvallisuuden opettamisessa, jolloin opiskelijat ja harjoitteluihin menneessään tiedostavat vaaratapahtumailmoituksen tärkeyden ja merkityksen hoitotyössä. Katsauksen tuloksia hyödyntämällä voidaan kohdistaa mahdolliset potilasturvallisuuden kehittämistoimenpiteet tehokkaasti kohteisiin, joissa kehittämistarve ilmenee. Työn tilaaja, Kuopion Yliopistollinen Sairaala, voi hyödyntää tutkimuksessa saatua tietoa potilasturvallisuuden kehittämiseen.

Aceli de Souza Mascarenhas, Franciane, Anders, Jane Cristina, Gelbcke, Francine Lima, Marcellino de Melo Lanzoni, Gabriela & Ilha, Patricia 2019. Facilities and difficulties of health professionals regarding the adverse event reporting process. *Texto & Contexto Enfermagem* 2019, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0040>. Viitattu 15.8.2022.

Anderson, Janet E., Kodate, Naonori, Walters, Rhiannon & Dodds, Anneliese 2013. Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting. *International Journal for Quality in Health Care* 25 (2), 141-150. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs081>. Viitattu 11.12.2021.

Aveyard, Helen 2014. *Doing a Literature Review in Health and Social care: A Practical Guide*. England: Open University Press.

Awanic Oy. Haipro – Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2020. Verkkojulkaisu. <https://awanic.fi/haipro/> Viitattu 7.12.2021.

Azyabi, Abdulmajeed, Karkowski, Waldemar & Davahli, Mohammad Reza 2021. Assessing patient safety culture in hospital settings. *International journal of Environmental research and public health* 2021, 18 (5), 2466. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052466> Viitattu 13.8.2022.

Cooper, Jennifer, Edwards, Adrian, Williams, Huw, Sheikh, Aziz, Parry, Gareth, Hibbert, Peter, Butlin, Amy, Donaldson, Liam & Carson-Stevens, Andrew 2017. Nature of blame on patient safety incident reports: Mixed methods analysis of a national database. *The Annals of Family Medicine* 2017, 15 (5), 455-461. <https://doi.org/10.1370/afm.2123>. Viitattu 14.8.2022.

Doupi, Persephone, Svaar, Helge, Bjørn, Brian, Deilkås, Ellen, Nylén, Urban & Rutberg, Hans 2015. Use of the Global Trigger Tool in patient safety improvement efforts: Nordic experiences. *Cognition, Technology & Work* 17, 45–54. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10111-014-0302-2>. Viitattu 8.12.2021.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

ETENE 2001. *Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet*. Verkkojulkaisu. Etene.fi valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteen neuvottelukunta, ETENEn julkaisu 2001. <https://etene.fi/julkaisut/2001> Viitattu 6.11.2022.

Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., Esterman, A., Selim, P., O'Shoughnessy, J. & DeWit, M. 2006. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual saf health care* 15 (1), 39-43. doi: 10.1136/qshc.2004.012559 Viitattu 4.10.2022

Gough, David, Oliver, Sandy & Thomas, James 2012. *An introduction to Systematic reviews*. 1. painos. Lontoo: Sage.

Green, Bart N., Johnson, Claire D. & Adams, Alan 2006. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic medicine* 5 (3), 101-117. doi: 10.1016/S0899-3467(07)60142-6 Viitattu 15.9.2022.

Hammoudi, Baraa M., Ismaile, Samantha & Yahya, Omar Abu 2017. Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them. *Scandinavian journal of caring sciences* 2018, 32 (3), 1038-1046. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12546>. Viitattu 12.8.2022.

Hawker, Sheila, Payne, Sheila, Kerr, Christine, Hardey, Michael & Powell, Jackie 2002. Ap-praising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically. *Qualitative health re-search* 12 (9), 1284–1299. <https://doi.org/10.1177%2F1049732302238251>. Viitattu 21.01.2022.

Helovuori, Arto, Kinnunen, Marina, Peltomaa, Karolina & Pennanen, Pirjo 2012. Potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. 2. painos. Helsinki: Fioca Oy.

Hempel, Susanne 2019. Conducting your literature review. E-kirja. Washington DC: American psychological association. Viitattu 14.9.2022.

Hewitt, Tanya Anne, Chreim, Samia, Forster, Alan, Vanderloo, Saskia & Backman, Chantal 2015. Fix and forget or fix and report: a qualitative study of tensions at the front line of incident reporting. *BMJ Quality & Safety* 24 (5), 303–310. <https://qualitysafety.bmj.com/content/24/5/303>. Viitattu 12.12.2021.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Tammi.

Holmström, Anna-Riia, Järvinen, Riina, Laaksonen, Raisa, Keistinen, Timo, Doupi, Persephone & Aikarsinen, Marja 2019. Inter-rater reliability of medication error classification in a voluntary patient safety incident reporting system HaiPro in Finland. *Science Direct* 15 (7), 864–872. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.11.013>. Viitattu 23.11.2021.

Ikonen, Tuija & Welling, Maiju 2020. Parempaa potilasturvallisuutta. *Lääkärilehti* 2020 (75), 1211–1219. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/parempaa-potilasturvallisuutta/?public=5eb6def3c3467941558e15533d0d3fe9>. Viitattu 10.1.2022.

Kangasniemi, Mari, Utriainen, Kati, Ahonen, Sanna-Mari, Pietilä, Anna-Maija, Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291–301. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-ELE-1614408>. Viitattu 07.01.2022.

Kinnunen, Marina, Keistinen, Timo, Ruuhilehto, Kaarin & Ojanen, Juhani 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Verkkajulkaisu. Julkari: STM:n hallinnonalan avoin julkaisuarkisto. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085493>. Viitattu 26.1.2022.

Knuutila, Jari, Ruuhilehto, Kaarin & Wallenius, Jarkko 2017. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, Terveysturvallisuuden laadunhallinta. Helsinki: Yliopistopaino. https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf. Viitattu 23.12.2022.

Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Kuusisto, Marianne, Sneek, Sami, Sova, Päivi & Härkänen Marja 2019. Lääkehoidon vaaratilanteet – mitä voimme oppia HaiPro-ilmoituksista? *Sic! Lääketietoa Fimeasta*, 2019 (1–2). <https://www.julkari.fi/handle/10024/137938>. Viitattu 1.5.2021.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 1.2.2022.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Viitattu 1.2.2022.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>. Viitattu 1.2.2022.

Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19900152>. Viitattu 1.2.2022.

Lambrinos, Anna & Holubowich, Corinne 2017. Patient Safety Learning Systems: A Systematic Review and Qualitative Synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series* 17 (3), 1–23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5357133/>. Viitattu 27.10.2021.

Liukka, Mari 2019. Problems with incident reporting: reports lead rarely to recommendations. *Journal of clinical nursing* 2019, 28 (9–10), 1607–1613. <https://doi.org/10.1111/jocn.14765> Viitattu 12.8.2022.

Liukka, Mari, Hupli, Markku & Turunen, Hannele 2019. Problems with incident reporting: reports lead rarely to recommendation. *Journal of Clinical Nursing* 28 (9-10), 1607-1613. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14765>. Viitattu 08.12.2021.

Läkelaki 395/1987. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>. Viitattu 1.2.2022.

Mandel, Catherine 2017. Patient safety is everyone's business. *Journal of medical radiation sciences* 64 (2017), 161-162. <https://doi.org/10.1002/jmrs.241>. Viitattu

Potilasvahinkolaki 585/1986. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1986/19860585>. Viitattu 1.2.2022.

Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2022. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-kirja. Gaudemus Oy. Viitattu 5.10.2022.

Ruuhilehto, Kaarin, Kaila, Minna, Keistinen, Timo, Kinnunen, Marina, Vuorenkoski, Lauri & Wallenius, Jarkko 2011. HaiPro- Millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2011 (10), 1033–1040. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/10/duo99540>. Viitattu 07.12.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011, 1 §. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341> Viitattu 8.11.2022.

Stakes ja lääkeshoidon kehittämiskeskus Rohto 2006. Potilas- ja lääkeshoidon turvallisuussanasto. Verkkojulkaisu, <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193972> Viitattu 15.01.2022.

Stavropoulou, Charitini, Doherty, Carole & Tosey, Paul 2015. How Effective Are Incident-Reporting Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review. *The Mil-bank Quarterly* 93 (4), 826-866. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.12166>. Viitattu 23.11.2021.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) 2022. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. Verkkojulkaisu. Julkaisuarkisto Valto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6>. Viitattu 12.10.2022.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Verkkojulkaisu. Julkaisuarkisto Valto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3963-9>. Viitattu 13.1.2022.

Stolt, Minna, Axelin, Anna & Suhonen Riitta 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print.

Tavares Alves, Michelle de Fatima, Siquiera de Carvalho, Denise & Cavalcanti de Albuquerque, Guilherme Souza 2019. Barriers to patient safety incident reporting by Brazilian health professionals: an integrative review. *Ciência & Saúde Coletiva* 24 (8), 2895–2908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>. Viitattu 14.8.2022.

TENK (Tutkimuseettinen neuvottelukunta) 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkojulkaisu. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012>. Viitattu 07.12.2021.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 10.01.2022.

THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) 2011. Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Verkkojulkaisu. Julkari: STM:n hallinnonalan avoin julkaisuarkisto. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085259> Viitattu 6.11.2022.

Thusile M. Gqaleni & Busisiwe R. Bhengu 2020. Analysis of Patient Safety Incident reporting system as an indicator of quality nursing in critical care units in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health SA Gesondheid* 2020 (25), 1263. doi: 10.4102/hsag.v25i0.1263 Viitattu 12.8.2022

Tieteen termipankki 18.9.2022: Filosofia: etiikka. <https://tieteentermipankki.fi/wiki/Filosofia:etiikka>. Viitattu 18.9.2022.

Tlili, Mohamed Ayoub, Aouicha, Wiem, Dhiab, Mohamed Ben & Mallouli, Manel 2020. Assessment of nurses' patient safety culture in 30 primary health-care centres in Tunisia. *EMHJ* 2020, 26 (11), 1347–1354. doi: 10.26719/emhj.20.026 Viitattu 13.8.2022.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. EU: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. E-kirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

WHO (World Health Organization) 2009. Guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives. Verkkojulkaisu. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery>. Viitattu 27.01.2022.

WHO (World Health Organization) 2017. Patient Safety, Making health care safer. Verkkojulkaisu. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf>. Viitattu 4.1.2022.

Wåhlin, Charlotte, Kvarnström, Susanne, Öhrn, Annica & Nilsing Strid, Emma 2019. Patient and healthcare worker safety risks and injuries. Learning from incident reporting. *European Journal of Physiotherapy* 2020 (22), 44-50. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21679169.2018.1549594>. Viitattu 8.12.2021.

LIITE 1: HAKULAUSEKKEET

| Tietokanta | Hakulausekkeet | Kokonais- määrä | Otsikon perusteella valitut | Tiivistelmän perusteella valitut | Tutkimukseen hyväksytyt |
|-----------------|---|--------------------|-----------------------------------|--|----------------------------|
| Medic | (potilasturvallisuus* OR "Patient Safety") AND (potilasvahing* OR "Patient Harm" OR lääkitysvirh* OR "Medication Errors" OR virhediagnoosi* OR "Diagnostic Errors" OR "lääketieteelliset virheet" OR "Medical Errors" OR hoitovirhe* OR Malpractice) AND (HaiPro* OR kirjaami* OR Documentation OR "Adverse Drug Reaction Reporting Systems" OR raportoin*) | 481 | 30 | 2 | 0 |
| Pubmed | "Patient Safety" AND ("Patient Harm" OR "Medication Error*" OR "Diagnostic Error*" OR "Medical Error*" OR Malpractice* OR "Adverse Health Care Event") AND (HaiPro* OR Documentation OR "Adverse Drug Reaction Reporting Systems" OR "Incident Report*") | 285 | 57 | 16 | 6 |
| Cinahl complete | "Patient Safety" AND ("Patient Harm" OR "Medication Error*" OR "Diagnostic Error*" OR "Medical Error*" OR Malpractice* OR "Adverse Health Care Event") AND (HaiPro* OR Documentation OR "Adverse Drug Reaction Reporting Systems" OR "Incident Report*") | 363 | 74 | 19 | 3 |

LIITE 2: TUTKIMUSARTIKKELIT

| Tekijät, vuosi ja toteutusmaa | Artikkelin nimi | Tietokanta | Julkaisija | Tutkimuksen tarkoitus | Tutkimuksen tulokset |
|---|---|-------------------|---|---|---|
| Aceli de Souza Mascarenhas, Fraciane, Anders, Jane Cristina, Gelbecke, Francine Lima, Marcelino de Melo Lanzoni, Gabriela, Ilha, Patricia, 2019 Brasilia | Facilities and difficulties of health professionals regarding the adverse event reporting process | Chinal Complete | SciELO Brazil | Kuvailla terveyden huollon ammattilaisten vaaratapahtumien raportointiin vaikuttavia tekijöitä sairaalassa. | Tutkimuksesta saatiin aikaan kaksi luokkaa. Haittatapahtumat ja ilmoituksen tekemisen esteet. Esille nousivat kiire, rangaistuksen pelko, tiedon puute, työnylikuormitus ja ammattilaisten sitoutumattomuus. Vaikeuksia koettiin tulevan ohjeistuksien noudattamattomuudesta ja raportoinnin käyttämättömyydestä. Myönteisenä koettiin raportoinnin tärkeyden tunnistaminen potilasturvallisuudessa ja palautteen saaminen. Kehittämistä toivottiin koulutuksessa ja syyllistämättömyyden kulttuurin edistämisessä. |
| Azyabi, Abdulmajeed, Karwowski, Waldemar & Davahli, Mohammad Reza 2021, Orlando, USA | Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings | PubMed | International Journal of Environmental Research and Public Health | Tutkimus käsittelee sairaaloiden potilasturvallisuus kulttuuria. | Tutkimuksessa tulee ilmi tiimityöskentelyn, johtamisen ja ryhmässä oppimisen tärkeys potilas turvallisuudessa. Mikä oli saanut positiivista palautetta tutkimuksessa. Haittaavina tekijöinä koettiin kokemattomuus, ikä, pelko virheiden tekemisestä, mikä johtaa alhaiseen vaaratapahtumien raportointiin ja syyllistämisen kulttuuriin. |
| Cooper, Jennifer, Edwards, Adrian, Williams, Huw, Sheikh, Aziz, Parry, Gareth, Hibbert, Peter, Butlin, Amy, Donaldson, Liam, Carson-Stevens, Andrew 2017, England | Nature of Blame in Patient Safety Incident Reports: Mixed Methods analysis of a National Database | PubMed | The Annals of Family Medicine | Tutkimuksessa pyritään selvittämään Syyllisyyden luonnetta turvallisuus tapahtumien raporteissa perheyriyksissä Englannissa Walesissa | Tutkimuksessa tulee ilmi syyllistämättömyyden kulttuuri, joka parantaisi toteutuessaan potilasturvallisuutta. Virheiden tunnistamisen ja niistä raportoimisen ei tulisi johtaa syyttelemiseen, vaan oppimiseen ja potilasturvallisuuden kehittämiseen. |

| Tekijät, vuosi ja toteutusmaa | Artikkelin nimi | Tietokanta | Julkaisija | Tutkimuksen tarkoitus | Tutkimuksen tulokset |
|--|--|-----------------|---|---|---|
| Hammoudi, Baraa M., Ismaile, Samantha, Yahya, Omar Abu, 2017, Saudi Arabia | Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them. | Chinal Complete | Scandinavian Journal of Caring Sciences | Arvioida haittatapahtumaan vaikuttavia tekijöitä ja lääkitysvirheiden raportointia hoitajien näkökulmasta. 367 julkisessa sairaanhoidossa työskentelevälle sairaanhoitajalle jaettiin validoitu kyselylomake. | Tutkimuksessa nousi esiin virheet viestinnässä hoitajien ja lääkäreiden välillä, henkilöstön vaihtuvuus työkierron vuoksi. Lääkepakkauksien merkintöjen tunnistamisessa ja määräyksien kirjoittamisessa. Hoitajat kokivat ilmoituksen tekemisen esteiksi virheilmoitusten tekemiseen liittyvät seuraukset, erimielisyydet työyhteisössä virheen merkityksestä. Positiivisena nähtiin turvallisuuskulttuurin parantaminen, ohjauksen ja tuen tarjoaminen, sekä edistää sairaanhoitajien ammattiosaamista. |
| Liukka, Mari, 2019, Kuopio, Finland | Problems with incident reporting: Reports lead rarely to recommendations | PubMed | Wiley | Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, kuinka moni viiden vuoden aikana tehty haittailmoitus johti toimenpiteisiin. | Tutkimuksessa tuodaan esiin uuden henkilöstön perehdyttämisen tärkeys toimipisteeseen, ohjeistuksiin ja välineisiin. Kaatumisten ehkäisyyn tarvittavat hoitosuosituksukset ja ohjeistukset. Lääkkeidenkakoistarkistaminen tulisi olla kaikissa yksiköissä käytössä. Ongelmana esiin nousee HaiPro-ilmoitusten tarkempi analysointi ja myöhempien toimien puute. Henkilökunta voi kokea tekemisen turhana, jos tehty ilmoitus ei johda muutoksiin toimintatavoissa. Esimiesten tulisi rohkaista henkilökuntaa tekemään ilmoituksia potilasturvallisuuden parantamiseksi. |
| Mandel, Catherine, MBBS, FRANZCR, GAICD, Hawthorn, Australia | Patient Safety is everyone's business | PubMed | Wiley Online Library, Journal of Medical Radiation Sciences | Selvittää keinoja vähentää Australiassa ja Uudessa-Seelannissa tapahtuviin haittatapahtumiin. Käyttämällä raportointi ohjelmia ja tarkastuslistoja. | Tutkimuksessa ilmenee miten, henkilökunnan tulisi tuntea olonsa turvalliseksi raportoidessaan tapauksista, eikä pelätä syyllistämistä tapahtuneesta virheestä. Virheistä oppimisen tulisi johtaa potilasturvallisuuden parantamiseen, miettimään keinoja estämään mahdolliset virheet ja noudattamaan jo olemassa olevia tarkistuslistoja. |

| Tekijät, vuosi ja toteutusmaa | Artikkelin nimi | Tieto-kanta | Julkaisija | Tutkimuksen tarkoitus | Tutkimuksen tulokset |
|--|---|-----------------|---|--|--|
| Tavares Alves, Michelle De Fatima, Siqueira de Carvalho, Denise, Cavalcanti de Albuquerque, Guilherme Souza 2019, Brasilia | Barriers to patient safety incident reporting by Brazilian health professionals: an integrative review | PubMed | ScieELO Brazil | Integroiva kirjallisuuskatsaus, joka on tehty kansallisista tutkimuksista, jotka käsittelevät terveydenhuollon ammattilaisten esteitä potilasturvallisuus raportoinneille. | Kirjallisuuskatsaus on Brasiliassa ensimmäinen laatuaan ja kirjallisen tiedon saanti rajattua. Potilasturvallisuus korostaa oikeuden mukaista työskentelyä, virheiden tunnistamista järjestelmässä. Tarvitaan kannustamista ja ohjeita ilmoituksen tekemiseen. |
| Thusile, M Gqaleni, Busisiwe, R Bhengu, 2020, Durban, South Africa | Analysis of Patient Safety Incident reporting system as an indicator of quality nursing in critical care units in KwaZulu-Natal, South Africa | PubMed | Health SA gesonheid, Journal of interdisciplinary health sciences | Selvittää kymmenen etelä afrikkalaisen tehohoidon yksiköissä tapahtuneita potilasturvallisuus tapauksia ja raportointi ohjelmankäyttämistä kyselylomakkeella 700 rekisteröityneeltä sairaanhoitajalta. | Tutkimisesta ilmenee, että 84 % käyttää raportointi järjestelmää. Syitä käyttämättömyydelle oli järjestelmän hankaluus, liian monimutkainen prosessi, tehtyyn ilmoitukseen ei reagoitu, pelko työyhteisön reagoinnista, kiire ja palautteen puute. Potilaiden tietoisuuden lisääntyminen omista oikeuksistaan on nostanut myös lääketieteellisten virheiden nousua jyrkästi Etelä-Afrikassa. |
| Tiili, Mohamed Ayoub, Aouicha, Wiem, Dhiab, Mohamed Ben, Mallouli, Manel 2020, Tunisia | Assessment of nurses' patient safety culture in 30 primary health-care centres in Tunisia | Chinal Complete | Eastern Mediterranean Health Journal | Arvioida sairaanhoitajien potilasturvallisuuskulttuuria 30 perusterveydenhuollon keskuksessa Tunisiassa. Kyselyyn käytettiin Hospital Survey on Patient Safety Culture kyselylomaketta, johon vastasi 158 hoitoalan työntekijää. | Tutkimuksen vastaus prosentti oli 87,3 %. Tärkeimpänä tekijän koettiin tiimityöskentelyn tärkeys yksiköiden sisällä. Tapaturmista raportointi koettiin heikoksi, henkilöstön kiire ja työn määrä nähtiin estävänä tekijänä. Aliraportoinnin koettiin johtuvan virheen tekemisen seurauksista. Syyllistäminen, osaamisen ja taidon puute nähtiin syinä virheille. Virheistä oppimisen mahdollisuus ja palautteen läpikäynnin koettiin heikkoina. Sairaanhoitajien kouluttaminen, virheiden tunnistaminen ja rohkaiseminen ilmoituksen tekemiseen parantaisivat potilasturvallisuutta. |