



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KIRJAAMINEN JA TIEDONKULKU OSANA HOIDON TURVALLISUUTTA

Elisa Kolehmainen

Riikka Torpo

Opinnäytetyö
Lokakuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

KOLEHMAINEN, ELISA & TORPO, RIIKKA:
Kirjaaminen ja tiedonkulku osana hoidon turvallisuutta

Opinnäytetyö 53 sivua
Lokakuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaisia HaiPro-vaaratapahtumailmoituksia kirjaamiseen ja tiedonkulkuun liittyen oli tehty. Tavoitteena oli kerätä tietoa kirjaamiseen ja tiedonkulkuun liittyvistä vaaratapahtumista, jotta näitä voidaan jatkossa ennaltaehkäistä. Työn tehtävinä oli vastata seuraaviin kysymyksiin: millaisia vaaratapahtumia kirjaamiseen liittyen on ilmoitettu ja millaisia vaaratapahtumia tiedonkulkuun liittyen on ilmoitettu?

Opinnäytetyö tehtiin työelämälähtöisesti eräälle pirkanmaalaisen sairaalan kahdelle osastolle. Aineisto koostui kirurgian ja sisätautien vuodeosastojen kaikista vuonna 2016 tehdyistä HaiPro-ilmoituksista (N=152). Aineisto käytiin läpi induktiivisen sisällönanalyysin menetelmin.

Kirjaamiseen ja tiedonkulkuun liittyviä HaiPro-ilmoituksia tehtiin vuoden aikana 84 kappaletta. Näistä suurin osa oli sellaisia vaaratapahtumia, joissa kirjaukset pitivät sisällään virheellistä tai vanhentunutta tietoa tai kirjaukset oli tehty epäasianmukaisesti. Muut vaaratapahtumaraportoinnit pitivät sisällään suullisen tiedonkulun ongelmia, tekemättömiä tai vajavaisia kirjauksia sekä sähköisen järjestelmän ongelmia. Eniten puutteita oli lääkeshoidon asianmukaisessa kirjaamisessa.

Työn tulosten perusteella voidaan todeta, että useimmat vaaratapahtumat olisivat ennaltaehkäistävissä, jos kirjaamiseen ja tiedonkulkuun panostettaisiin esimerkiksi ohjeistamalla henkilökuntaa käyttämään erilaisia tarkistuslistoja. Runsaasti ongelmia voitaisiin myös ehkäistä, jos luovuttaisiin käsin kirjaamisesta. Näin ollen tietokatkokset potilaan hoidosta vähenisivät, kun hoitoon liittyvät tiedot olisivat kaikkien tarkasteltavissa sähköisesti ja reaaliaikaisesti.

Tietoa voidaan hyödyntää kirjaamisen ja tiedonkulun kehittämiseen ja tätä kautta potilasturvallisuuden parantamiseen. Lisäksi työ lisää ymmärrystä laadukkaan kirjaamiseen ja sujuvan tiedonkulun tärkeydestä. Yhteistyösairaala voi käyttää analysoituja tuloksia tunnistamaan ja ennaltaehkäisemään jatkossa samankaltaisten vaaratapahtumien syntymistä.

Asiasanat: HaiPro, kirjaaminen, tiedonkulku, potilasturvallisuus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

KOLEHMAINEN, ELISA & TORPO, RIIKKA:
Documentation and Transferring of patient data - a part of Safety in Health Care

Bachelor's thesis 53 pages
October 2017

The purpose of this thesis was to collect and analyze adverse events relating to documentation and transferring of patient data. The data were collected from two units in Pirkanmaa Hospital District during the year 2016. The aim of the study was to explore what kind of adverse events relating to documentation and transferring of patient data had occurred.

The data were collected from two units and it includes all of year 2016 HaiPro-reports (N=152). 84 adverse events were related to documentation and transferring of patient data. The data were analyzed using qualitative content analysis.

These results suggest that most of the adverse events were relating to documenting false or outdated information. Many adverse events also lead to medication errors. The findings also indicate that many of these errors could be prevented, if the units improved documentation and communication. For example, using different checklists can reduce human errors such as slips and lapses.

Key words: HaiPro, documentation, transferring of patient data, patient safety

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Tiedonkulku	9
3.1.1	Raportointi	9
3.1.2	ISBAR-raportointityökalu.....	11
3.2	Kirjaaminen	13
3.2.1	Kirjaamista säätelevä lainsäädäntö	14
3.2.2	Rakenteinen kirjaaminen.....	14
3.2.3	Turvallinen lääkehoidon kirjaaminen	17
3.3	Potilasturvallisuus	18
3.4	HaiPro-raportointijärjestelmä	19
4	KVALITATIIVINEN TUTKIMUS	22
4.1	Aineiston keruumenetelmät	22
4.2	Aineiston analysointi	23
5	TULOKSET	26
5.1	Tiedonkulun ongelma	26
5.1.1	Informoimatta jättäminen.....	27
5.1.2	Kommunikaatiokatkos	28
5.1.3	Virheellinen suullinen tiedonanto	29
5.2	Virheellinen kirjaus.....	30
5.2.1	Epäasianmukainen lääkemuutos	31
5.2.2	Kirjaus menneisyyteen	32
5.2.3	Lääkkeen ohjelmointivirhe.....	33
5.2.4	Kirjattu väärää tietoa	34
5.2.5	Lääkekortti ei ajan tasalla.....	36
5.3	Kirjaus tekemättä tai tehty vajavaisesti	36
5.3.1	Vajavainen kirjaus.....	37
5.3.2	Puuttuva dokumentointi	38
5.4	Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöön liittyvä ongelma.....	39
5.4.1	Tietotekninen ongelma.....	39
6	POHDINTA.....	42
6.1	Tutkimuksen eettisyys	42
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	44
6.3	Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	46
6.4	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimus.....	49

LÄHTEET..... 50

1 JOHDANTO

Hoitotyötä tehdään ihmiseltä ihmiselle, joten inhimillisen virheen riski on aina olemassa. Tämän vuoksi potilasturvallisuuden tulisi olla yksi ensisijaisista hoidon tavoitteista. Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee potilasturvallisen hoidon sellaiseksi, josta potilaalle aiheutuu mahdollisimman vähän haittoja, ja joka edistää sekä hänen fyysistä, psyykkistä että sosiaalista hyvinvointiaan (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021, 6). Turvalliseen hoitoon tulee pyrkiä aktiivisesti, sillä vaaratapahtumat aiheuttavat vuosittain inhimillistä kärsimystä sekä mittavia taloudellisia menetyksiä (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2011, 4).

Nykyisin suuri osa tiedosta on kirjattu sähköisesti ja raportit luetaan hiljaisena raporttina tietokoneelta (Koivukoski & Palomäki 2009, 59-61). Näin ollen laadukkaalla kirjaamisella sekä sujuvalla tiedonkululla voidaan merkittävästi vaikuttaa potilasturvallisuuden edistämiseen. Terveystieteiden tohtori Virpi Jylhän (2017) mukaan noin kolmasosa tilanteista, joissa potilasturvallisuus on vaarantunut, johtuu dokumentoinnin ja tiedon siirtymisen ongelmista. Eräs työkalu näiden vaaratapahtumien ilmoittamiseen on HaiPro-raportointijärjestelmä, joka on Suomessa eri terveydenhuollon yksiköissä laajasti käytössä (HaiPro 2015).

Opinnäytetyössämme tutkimme kirjaamiseen ja tiedonkulkuun liittyviä HaiPro-vaaratapahtumaraportointeja yhden vuoden ajalta. Raportoinnit olemme saaneet erään pirkanmaalaisen sairaalan kahdelta vuodeosastolta. Työmme tarkoituksena on induktiivisen sisällönanalyysin keinoin analysoida, millaisia vaaratapahtumailmoituksia kyseisillä osastoilla tehtiin kirjaamiseen ja tiedonkulkuun liittyen.

Työmme tehtiin työelämälähtöisesti eli toive aiheen tutkimisesta tuli yhteistyösairaalalta. Kirjaamiseen ja tiedonkulkuun liittyviä raportointeja oli aineistosta yli puolet, joten työ tuli tarpeeseen. Analysoimiamme tuloksia voidaan hyödyntää kirjaamisen ja tiedonkulun kehittämiseen ja tätä kautta potilasturvallisuuden parantamiseen.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia vaaratapahtumailmoituksia erään pirkanmaalaisen sairaalan kahdella vuodeosastolla on tehty kirjaamiseen ja tiedonkulkuun liittyen. Aineisto käsittää kaikki näillä kahdella osastolla vuoden 2016 aikana tehdyt HaiPro-ilmoitukset.

Työn tehtävinä on vastata kysymyksiin:

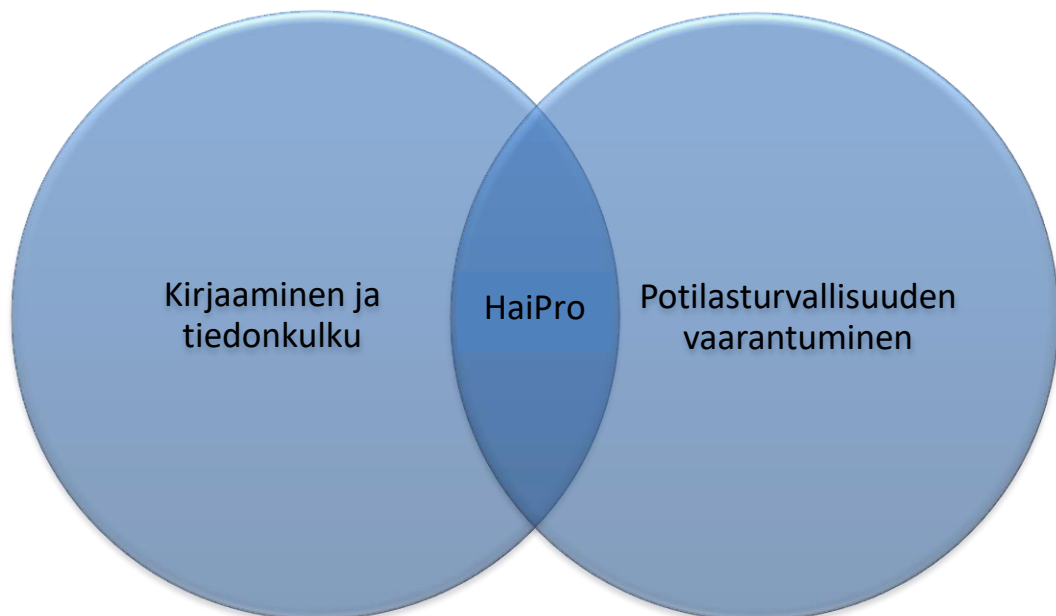
- 1) Millaisia vaaratapahtumia kirjaamiseen liittyen on ilmoitettu?
- 2) Millaisia vaaratapahtumia tiedonkulkuun liittyen on ilmoitettu?

Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa kirjaamiseen ja tiedonkulkuun liittyvistä vaaratapahtumista. Yhteistyösairaala voi hyödyntää tietoa kirjaamisen ja tiedonkulun kehittämiseen ja sitä kautta potilasturvallisuuden parantamiseen.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyössämme keskeiset käsitteet ovat kirjaaminen, tiedonkulku, HaiPro-vaaratapahtumailmoitus ja potilasturvallisuus. Kirjaamisen ja tiedonkulun ongelmat ovat meille aineistomme eli HaiPro-ilmoitusten keskeinen tutkimuskohde. Tiedonkululla tarkoitamme joko suullista tai kirjallista kommunikaatiota, jossa siirtyy potilaan hoitoon liittyviä tietoja. Työssämme erittelemme millaisia vaaratapahtumia kirjaamiseen ja tiedonkulkuun liittyen on ilmoitettu sekä pohdimme millaisia ennaltaehkäisykeinoja näiden estämiseksi voisi tehdä. Vaaratapahtumien ennaltaehkäiseminen lisää potilasturvallisuutta, joka on avainsana niin potilastyössä kuin tässä opinnäytteessä.

Kuvio 1 esittää keskeisten käsitteidemme eli kirjaamisen ja tiedonkulun sekä potilasturvallisuuden vaarantumisen eli vaaratapahtuman ”yhteentörmäystä”. Potilasturvallisuuden vaarantumisella tarkoitamme tilannetta, jossa kirjaamisen tai tiedonkulun puutteen tai virheellisyyden vuoksi potilasturvallisuus vaarantuu ohimenevästi tai pysyvästi. Tästä kirjaamisen ja tiedonkulun sekä potilasturvallisuuden vaarantumisen yhteentörmäyksestä syntyy HaiPro-vaaratapahtumailmoitus.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys

3.1 Tiedonkulku

Tiedonkulun ja kommunikaation ongelmien on todettu olevan suuri potilasturvallisuutta vaarantava tekijä. Hoitotyössä tietoa siirtyy sekä kirjallisesti että suullisesti, ja molemmissa on mahdollisuus väärinymmärryksiin ja informaatiokatkoksiin. Vaaratilanteita aiheuttavat muun muassa vaihtelevat dokumentointikäytännöt, epäsuora kommunikointi suoraan puhumisen sijaan sekä liian vähäinen kommunikointi. Vaaratilanteita vähentää työyhteisön avoin ilmapiiri, jossa kaikilla on matala kynnyks huomauttaa esimerkiksi epäkohdista suoraan. Suoraan puhuminen vähentää väärinymmärryksiä ja lisää viestinnän ymmärrettävyyttä. (Helovuori 2012, 25.)

Tiedonkulku on prosessi, joka etenee ja kehittyy koko ajan. Työtiimin tulisi tästä syystä olla tietoa aktiivisesti siirtävä ja vastaanottava. Jokaisella tiimin jäsenellä on henkilökohtainen vastuu tiedon siirrosta ja tiedonkulusta. Myös muiden jakama tieto tulee ottaa vastaan aktiivisesti kuuntelemalla. Hyvä tiimityöntekijä antaa lisäksi jokaiselle mahdollisuuden tiedonsiirtoon rauhallisessa tilanteessa ja muistaa, että jokaisen tuottama tieto on yhtä arvokasta. (Koivukoski & Palomäki 2009, 59-61.)

Tänä päivänä tiedon siirrossa korostuu erityisesti kirjaaminen, ja hoitohenkilökunnan päätöksenteko pohjautuu isoksi osaksi sähköisiin kirjauksiin. Paljon on siirrytty niin sanottuun hiljaiseen raportointiin, jossa jokainen työntekijä poimii tarvitsemansa tiedon potilasasiakirjoista itsenäisesti. (Koivukoski & Palomäki 2009, 59-61.) Hiljaisen raportoinnin onnistumisessa on tärkeää, että kirjaaminen on sisällöltään laadukasta (Saranto & Ikonen 2008, 157-165). Edelleen osassa organisaatioista on tapana pitää suullisia raportteja koko tiimin kesken. Oli raportointi sitten suullinen tai hiljainen, niin on tärkeää tunnistaa potilaan hoidon kannalta oleelliset asiat. (Koivukoski & Palomäki 2009, 59-61.)

3.1.1 Raportointi

Raportoinnin tarkoitus on siirtää potilaan hoitoa koskeva tieto vuoron vaihtuessa hoitajalta toiselle, jotta tehokas ja potilasturvallinen hoito toteutuu. Sosiaali- ja terveysalalla on vallinnut pitkään suullisen raportoinnin perinne, jossa potilaiden hoidosta ja voinnista on siirretty tietoa suullisesti työntekijältä toiselle työvuoron vaihtuessa. Nyt vallalla on yhä enenevässä määrin kirjallinen eli hiljainen raportointi. (Roivas & Karjalainen 2013,

148-149.) Hiljaisessa raportoinnissa jokainen hoitotyöntekijä lukee vastuullaan olevien potilaiden potilaskertomukset sähköisestä potilastietojärjestelmästä itsenäisesti ennen aikaisemman vuoron työntekijöiden poistumista. Näin he keräävät potilastietojen joukosta tarvitsemansa hoidon kannalta merkitykselliset tiedot. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2014, 52-53.)

Hiljaisen raportoinnin onnistumisessa on tärkeää, että kirjaaminen on sisällöltään laadukasta. Potilaan hoidon kannalta keskeiset asiat tulee olla kirjattuna tiiviisti ja strukturoidusti. (Saranto & Ikonen 2008, 157-165.) Sähköisesti kirjatun tiedon koetaan olevan luotettavampaa. Tällöin hoitajilla on mahdollisuus itse valita, mitä tietoja he potilaskertomuksesta lukevat. (Pelander & Kirjonen 2011, 24-27.) Vaikka raportti luetaan itsenäisesti tietokoneelta, voivat hoitajat tarvittaessa täydentää kirjallista raporttia vielä suullisella raportoinnilla. Jokaisella hoitajalla on eettinen velvollisuus täydentää potilaskertomuksessa olevia tietoja tarvittaessa, jotta potilaan yksilöllinen ja turvallinen hoito toteutuu. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 52-53.)

Hiljaisella raportilla on myös negatiivisia puolia, joita ovat esimerkiksi, että potilaan teksteihin tulee perehtyä perinpohjaisesti, eikä kaikki olennainen tieto välttämättä tule esille sairauskertomuksessa. Hiljaisessa raportissa hoitajien välinen sosiaalinen kanssakäyminen ja potilaiden tilasta keskusteleminen jää myös vähäiseksi. (Pelander & Kirjonen 2011, 24-27.) Suullisen raportoinnin aikana taas on todettu tapahtuvan paljon hoitajien välistä opetustyötä ja tukemista. Hoitajat voivat muun muassa esittää omia huoliaan hoitoon liittyen ja saada niihin tukea. (Scovell 2010, 35-39.)

Lisäksi hiljaisessa raportoinnissa ongelmia aiheuttavat keskenään keskustelemattomat potilastietojärjestelmät. Tällöin hoidon kannalta olennaiset tiedot eivät välttämättä siirry eteenpäin esimerkiksi osastolta toiselle tai sairaalasta toiseen. (Pelander & Kirjonen 2011, 24-27.) Virhetilanteita aiheuttavat myös osastokohtaiset raportointitavat, kun uusien työntekijöiden on tarvinnut nopeasti omaksua osaston omat raportointi- ja kommunikointikäytännöt (Roivas & Karjalainen 2013, 148-149).

Hiljaiseen raporttiin siirryttäessä raportointiajat ovat lyhentyneet noin 20-60 minuuttiin per työvuoro, aikaisemman 60-100 minuutin sijasta (Saranto & Ikonen 2008, 157-165). Näin hoitajille jää enemmän aikaa itse hoitotyöhön. Turun yliopistollisessa sairaalassa tehdyn tutkimuksen perusteella myös hoitotyöntekijöiden kirjaamisen laatu on parantunut

hiljaiseen raporttiin siirtymisen jälkeen. Lisäksi hoitajat kokivat hiljaisen raportoinnin vahvuudeksi raporttiin keskittymisen parantuneen, kun suullisiin raportteihin kuuluva ”turha puhe” on loppunut. (Laukkanen, Lehti, Hassinen & Hupli 2012, 13-14.) Suullista raportointia onkin perinteisesti pidetty alttiina häiriöille sekä herkästi aiheesta rönsyilevänä (Roivas & Karjalainen 2013, 148-149).

Suullisen raportoinnin ydin koostuu potilaaseen liittyvästä tiedosta, vaikka hoitajat kiinnostävätkin eri asioihin huomiota raportoidessaan potilaan vointia. Raportoinnissa näkyy myös usein hoitajan oma persoonallinen tapa antaa raporttia. Lisäksi suullisesti raportoidessa on mahdollista tuoda esille sellaisia tietoja, joita ei ole sähköisesti dokumentoitu. Tällaisia asioita voivat esimerkiksi olla omat huolet potilaan hoitoon liittyen. Suullinen raportointi on myös luonteeltaan keskustelevaa, jolloin raportin vastaanottaja voi tarvittaessa kysyä täydentäviä kysymyksiä. (Scovell 2010, 35-39.)

Virheelliset suulliset raportoinnit ovat riski potilasturvallisuudelle. Virhetilanteita lisää muun muassa äänekäs ympäristö raportointitilanteessa. Lisäksi raportin antamispaikka vaikuttaa raporttien sisältöön. Rauhallisessa kansliassa voidaan antaa paljon yksityiskohtaisempaa tietoa potilaaseen liittyen kuin esimerkiksi meluisassa potilashuoneessa. Rauhallinen raportointitilanne vaikuttaa myös sisältöön: tärkeää tietoa voi jäädä välittämättä eteenpäin, jos raportti keskeytyy. Raportin keskeytyminen vaikeuttaa myös sen vastaanottamista. Tiedon sujuva siirtyminen on tärkeää, sillä se lisää hoidon jatkuvuutta ja johdonmukaistaa potilashoitoa. Tiedon sujuvaa siirtymistä varten on luotu erilaisia raportointityökaluja, joista yleisimmin käytetty on ISBAR-raportointityökalu. (Scovell 2010, 35-39.)

3.1.2 ISBAR-raportointityökalu

Hoidon kannalta oleelliset asiat tulisi raportoida eteenpäin strukturoidusti käyttämällä muun muassa erilaisia viestintäkaavoja. Viestintäkaavan mukaan edetessä käydään jokaisella kerralla läpi samat asiat samassa järjestyksessä. Näin ollen potilaan hoidon kannalta oleelliset asiat tulevat ilmi, eikä synny inhimillisiä unohduksia. (Helovuo 2012, 26.) Raportoinnin jäsentelemättömyys voi aiheuttaa tiedonkulun riskejä, kun jokin hoidon kannalta tärkeä asia jää tiedottamatta (Scovell 2010, 35-39). Menettelytavan käyttö on tärkeää erityisesti kiireellisissä tilanteissa, jotta mikään kriittinen tieto ei jää välittämättä

eteenpäin. Menetelmää on hyvä kuitenkin suosia myös kiireettömissä tilanteissa. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen. 2012, 207-208.)

Terveydenhuollossa yleisesti vakiintunut viestintäkaava on ISBAR-menetelmä (kuva 1). Se on alun perin kehitetty Yhdysvaltain laivaston käyttöön, mutta on sittemmin siirretty terveydenhuollon käyttöön. ISBAR-lyhenne tulee sanoista: identify, situation, background, assessment ja recommendation. (Ervast 2013.) Alkujaan ISBAR on otettu käyttöön hoitajan ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen tehostamiseksi tilanteissa, joissa hoitaja konsultoi lääkärää. Menetelmä sopii kuitenkin myös hoitajien keskinäiseen kommunikointiin. (Tamminen & Metsävainio 2015, 338-343.)

ISBAR – kiireetön tilanne

1.IDENTIFY Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> Nimesi, ammatti, yksikkö Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus
2.SITUATION Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> Syy raportointiin
3.BACKGROUND Tausta	<ul style="list-style-type: none"> Nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat Allergiat Tartuntavaara/eristys
4.ASSESSMENT Nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> Vitaalielintoiminnot Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen
5.RECOMMENDATION Toimintaehdotus	<p>Ehdota</p> <ul style="list-style-type: none"> Tarkkailun lisäämistä Toimenpidettä Siirtoa toiseen yksikköön Hoitosuunnitelman muutos <p>Varmista</p> <ul style="list-style-type: none"> Kuinka kauan...? Kuinka usein...? Koska otan uudelleen yhteyttä...? <ul style="list-style-type: none"> Onko vielä kysyttävää? Olemmeko samaa mieltä?



KUVA 1. ISBAR-kortti kiireettömiin tiedonsiirtotilanteisiin (Sairaanhoitajaliitto 2017)

ISBAR-tarkistuslistoista on tehty omat suosituksensa sekä kiireellisille että kiireettömille tilanteille. Tarkistuslista toimii hoitajan tai lääkärin muistilistana tiedonsiirtotilanteissa, kuten konsultaatioissa tai potilassiirroissa. Työkalun käyttö selkiyttää raportointitilannetta strukturoimalla potilaaseen liittyviä tietoja, mutta se kertoo myös raportioijan ja ra-

porttia vastaanottavan tahon roolin potilaan hoidossa. Työkalun käyttäminen myös helpottaa tiedonsiirtoa, jossa ammattiryhmien väliset tiedolliset erot hankaloittavat tiedonsiirtoa. (Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2013, 898-891.) Työkalu sisältää kaikki potilaan hoidon kannalta merkittävät tiedot, jotka on käytävä läpi edellä mainituissa tilanteissa (Ervast 2013).

ISBAR-tarkistuslistassa on viisi kohtaa. Ensimmäisessä vaiheessa, joka on identify, kerrotaan oma nimi sekä ammattinimike ja yksikkö, josta raportoidaan. Tämän jälkeen identifioidaan potilas eli kerrotaan potilaan nimi, ikä ja henkilötunnus. Situation-vaiheessa kerrotaan syy raportointiin eli esimerkiksi potilaan voinnin huononeminen. Tämän jälkeen siirrytään background-vaiheeseen, jossa kerrotaan potilaan hoitoon liittyviä olennaisia tietoja, kuten potilaan krooniset sairaudet ja hoidot. Tässä vaiheessa tulee myös kertoa potilaan allergiat sekä mahdollinen tartuntavaara ja eristystarve. Tämän jälkeen päästään potilaan nykytilanteeseen eli kohtaan assessment, jossa kerrotaan millaiset ovat potilaan vitaalielintoiminnot sekä muu vointi. Viimeisessä vaiheessa annetaan toimintaehdotus, eli recommendation, jossa ehdotetaan ohjeita jatkohoitoon, kuten tarkkailuun, erilaisiin toimenpiteisiin, hoitosuunnitelman muutoksiin sekä mahdolliseen siirtoon toiseen yksikköön. Näiden jälkeen tulee tarkistaa, että raportin vastaanottaja on saanut kaikki tarvittavat tiedot ja ymmärtänyt ne. (Ervast 2013.)

3.2 Kirjaaminen

Tietoteknologia on kehittynyt suuresti, eikä sen kehittyessä paperinen potilaskertomus ole enää vastannut palvelujärjestelmällisiä tarpeita (Häyrinen & Ensio 2008, 97). Suomessa on ollut pitkään kansallisena tavoitteena valtakunnallisesti yhteinen sähköinen potilastietojärjestelmä ja kansallinen arkisto. Sähköinen potilaskertomus sisältää eri ammattiryhmien laatimat ja aikajärjestyksessä etenevät tiedot potilaan aikaisemmista osastojaksoista sekä avohoidosta ja kotikäynneiltä. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2014, 44-61.) Potilaskertomus voi sisältää digitaalisessa muodossa tuotettua dataa, mutta myös paperisista versioista skannattua tietoa. Potilaskertomus voi olla yhden organisaation oma tai organisaatorajat ylittävä potilaskertomus, joka on saatavilla useissa organisaatioissa. (Häyrinen & Ensio 2008, 97.)

3.2.1 Kirjaamista säätelevä lainsäädäntö

Selkeä ja luotettava hoitotyön kirjaaminen on avainasemassa potilaan hoidon turvallisuudessa. Hoitotyön kirjaamista säätelevät useat lait ja asetukset, kuten henkilötietolaki (523/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), terveydenhuoltolaki (1326/2010) sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007). Kirjaamista säätelee myös sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) sekä asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (134/2011).

Asetus potilasasiakirjoista (298/2009) määrittelee potilasasiakirjojen sisältöä. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä tarpeeksi laajasti muun muassa kaikki tarpeellinen tieto potilaan hoidon järjestämisestä, suunnittelusta ja toteutuksen seurannasta (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015, 17). Potilasasiakirjoihin merkittäviä tietoja ovat esimerkiksi laboratorio-, röntgen- tai muut tutkimukset, lausunnot, potilaan tiedot ja sairauden pohjalta annetut todistukset (Ahonen ym. 2014, 44-61).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee laatia jokaiselle potilaalle potilasasiakirjat sekä huomioida näiden salassapitovelvollisuus. Potilasasiakirjoihin tulee, kyseisen lain määräyksen mukaan, kirjata potilaan henkilötiedot, joihin luetaan nimi, syntymäaika, kotikunta ja yhteystiedot. Näkyvissä on oltava myös merkinnän tekijän nimi, asema ja ajankohta, jolloin merkintä on tehty. Sen lisäksi alaikäisillä täytyy olla huoltajan tai laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot. On myös tärkeää, että nähtävillä olisi potilaan äidinkieli tai asiointikieli, lähiomaisen yhteystiedot, potilaan ammatti, työnantajan vakuutusyhtiö tai oma henkilökohmainen vakuutusyhtiö sekä suostumukset tietojen luovuttamiseen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

3.2.2 Rakenteinen kirjaaminen

Potilaskertomuksen kirjaamista ja lukemista selkeyttää rakenteinen kirjaaminen, joka on otettu käyttöön hoitotyössä. Sen tavoitteena on yhdenmukaistaa potilastietojen kirjaamista ja sitä kautta helpottaa potilastietojen käytettävyyttä. Sähköisen potilastietojärjestelmän ja valtakunnallisten tietojärjestelmien kautta potilastietojen käyttö mahdollistuu

eri terveydenhuollon yksiköissä ja organisaatioissa potilastietojärjestelmästä riippumatta. Käytettävyyttä parantaa valtakunnallisesti yhdessä sovitut potilastiedon rakenteet, jotka ovat samat kaikissa organisaatioissa. Nykyisin potilaskertomusaineistoa voidaan siis käyttää eri terveydenhuollon toimipaikoissa ja organisaatioissa, riippumatta tiedon tuotajasta tai tuotoksen ajankohdasta. Aikaisemmin kaikki tieto on kirjattu vapaana tekstinä, jolloin potilastiedon rakenteisuus on ollut hyvin vähäistä, eikä mahdollisuuksia jatkokäytölle juurikaan ole ollut. (Virkkunen ym. 2015, 15-16.)

Potilaskertomuksien rakenteisuus parantaa potilaan hoidon laatua, koska kaikki tarvittava tieto on helposti saatavilla. Lisäksi kirjaaminen ohjaa noudattamaan hoitoprosessia ja hoitosuosituksia. (Virkkunen ym. 2015, 15-16.) Rakenteisen kirjaamisen pohjana on FinCC-kirjaamismalli (Finnish Care Classification), joka on muokattu Virginia Saban kehittämän mallin pohjalta. Suomessa FinCC-malli koostuu kolmesta osasta, jotka ovat tarveluokitus, toimintoluokitus ja tuloluokitus. (Iivanainen & Syväoja 2016, 15-21.) Hoitotyön yhteenveto hoitosuhteen päätyttyä tehdään tämän mallin pohjalta. (Virkkunen ym. 2015, 92). Hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus ovat valtakunnallisesti hyväksytyjä hoitotyön ydintietoja. Ne mahdollistavat hoitotyön kannalta oleellisen tiedon tallentamisen ja tietojen uudelleen käytön sähköisessä arkistossa. Ne myös kuvaavat keskeisimpiä hoidon sisältöjä. (Häyrinen & Ensio 2008, 97.)

Sairaanhoidossa kirjaaminen tehdään hoitoprosessin vaiheiden kautta. Nämä vaiheet ovat kirjaamisen otsikoita ja niitä ovat tulotilanne, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Hoitoprosessi on jatkuva ja kehittyy hoidon suunnittelusta aina hoidon arviointiin saakka. Tulotilanteeseen kirjataan potilaan ilmoittama tulosy sekä esitiedot ja ongelmat. Siihen kirjataan myös nykytila eli status, toimintakyky ja hoidon tarve. (Virkkunen ym. 2015, 35-37.) Tulotilanne-kohdassa kuvaillaan potilaan nykyisiin tai aiempiin sairauksiin liittyviä keskeisiä ongelmia, joita voidaan poistaa tai helpottaa hoitotoimien avulla (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 10-15). Lisäksi voidaan kertoa lisätietoja, kuten käytössä olevat apuvälineet ja terveyteen vaikuttavat tekijät. Tulotilanteessa on myös tärkeää selvittää potilaan lääkitys ja mahdolliset allergiat sekä dokumentoida ne huolellisesti. (Virkkunen ym. 2015, 35-37.)

Hoidon suunnittelussa laaditaan moniammatillisessa vuorovaikutuksessa koko hoitotiimin, potilaan ja joissakin tapauksissa myös omaisten kanssa yhteistyössä potilaan hoitosuunnitelma. Tähän kuvataan hoidon tarve, tavoitteet ja kirjataan mahdolliset tutkimukset ja mittaukset. Tähän kohtaan voidaan myös suunnitella kuntoutustarve sekä apuvälineiden ja hoitotarvikkeiden tarve. Hoitotyön päivittäiskirjaamiset tehdään pääosin hoidon toteutuksen alle. Tähän kirjataan keinot, joilla päästään suunnitelman myötä laadittuihin tavoitteisiin. Niitä voi olla tehdyt tutkimukset, toimenpiteet tai lääkehoito. (Virkkunen ym. 2015, 35-37.)

Hoidon arvioinnissa arvioidaan hoitoprosessin toimivuutta, ja sitä ollaanko hoidossa päästy suunnitelmavaiheissa laadittuihin tavoitteisiin. Tähän vaiheeseen kirjataan myös potilaan diagnoosi sekä hoidon syy. Tilanteissa, joissa ei ole mielekästä käyttää koko hoitoprosessin mukaista kirjausta, voidaan käyttää hoitoprosessin vaiheena otsikkoa määrittämätön. Määrittämätön otsikon käyttö on aiheellista esimerkiksi tilanteissa, jossa lääkäri kirjoittaa potilaalle sairaslomatodistuksen tai lausunnon terveydentilasta. (Virkkunen ym. 2015, 35-37.)

Rakenteisessa kirjaamisessa kirjausten selkeyttämiseksi ja rakenteellisuuden lisäämiseksi käytetään usein näiden edellä mainittujen otsikoiden lisäksi lisäotsikkoja. Eli pääotsikkona voi olla hoidon toteutus ja lisäotsikkona hoitotoimet, kuntoutus ja ennaltaehkäisy. (Virkkunen ym. 2015, 37-38.) Rakenteisessa kirjaamisessa otsikoiden alle voidaan täydentää lisätietoja vapaamuotoisesti (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 10-15). Yhdenmukaisesti kirjatessa voidaan kirjattua tietoa hyödyntää päivittäisissä toimissa paremmin, koska esimerkiksi lääkemääräykset, lähetteet ja hoidon arviointi ovat helposti ja nopeasti saatavilla (Virkkunen ym. 2015, 15-16).

Kirjaamisen rakenteisuus takaa riittävän tiedonsaannin hoitovastuussa olevalle terveydenhuollon ammattihenkilölle. Tämä lisää hoidon laatua sekä edistää potilasturvallisuutta. (Ensio 2008, 135-143.) Rakenteista potilastietoa voidaan käyttää myös hoitotyön kehittämiseen, pelkän yksittäisen potilaan hoidon sijaan, koska voidaan tarkastella esimerkiksi hoitotyön arviointia omana yksikkönään ja kehittää sen pohjalta hoitoprosessia toimivammaksi, jotta hoidon tarpeet saavutettaisiin paremmin. (Virkkunen ym. 2015, 15-16.)

Hoitohenkilöstön tulee muistaa, että potilastietoja saa lukea, hankkia ja luovuttaa vain silloin, kun se on potilaan hoidon kannalta tarpeellista. Potilastietojen käyttöoikeus saadaan, kun potilaaseen on hoitosuhde. Myös osastosihteerit, terveyskeskusavustajat ja arkistonhoitajat voivat saada käyttöoikeuden potilaan potilastietoihin, jos heillä on potilaan hoitoon liittyviä tehtäviä. Potilastietojen käyttöä seurataan käyttäjälokin avulla, ja jokaisesta käynnistä sähköisessä potilasrekisterissä jää merkintä käyttäjälokiin. Käyttäjälokia seurataan säännöllisin pistokokein. (Ensio 2008, 135-143.)

3.2.3 Turvallinen lääkehoidon kirjaaminen

Asetus potilasasiakirjoista määrittelee, että potilasasiakirjoihin tulee merkitä kaikki potilaan hyvän ja turvallisen hoidon kannalta oleelliset tiedot, joihin kuuluu myös lääkehoito. Hyvä lääkehoidon kirjaus on niin tarkka ja yksiselitteinen kuin mahdollista. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 306-308.) Esimerkki hyvästä lääkehoidon kirjaamisesta on: ”annettu potilaalle OXYNORM 5mg tbl 1x1 p.o. klo 13:15, leikkausalueen kivunhoitoon”. Hyvään lääkehoidon kirjaamiseen kuuluu myös lääkehoitokorttien päivittäminen, täydentäminen ja ajantasaisuuden tarkistaminen. On myös tärkeää kirjata lääkehoidon toteutus, vaikutus sekä arvioida lääkehoidon tarvetta ja vastetta. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 306-308.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2015) määrittelee Turvallinen lääkehoito -oppaassa lääkityslistan olevan dokumentti, johon on kirjattu kaikki potilaan käyttämät lääkkeet sekä luontaistuotteet. Lääkityslistassa tulisi myös olla selkeästi kirjattuna jokaisen lääkkeen annostus sekä ottoajankohta. Lista tulisi tarkistaa aina potilaan tai hänen omaisensa läsnä ollessa aina kun hoitopaikka vaihtuu sekä aina tarvittaessa. Sairaalassa tai perusterveydenhuollossa lääkityslista lisätään potilastietojärjestelmään ja potilaan lääkelistaan tulevat muutokset kirjataan potilastietojärjestelmän lääkitysosiin. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015, 50-52.)

Lääkemerkintä on terveydenhuollon ammattilaisen potilastietojärjestelmään tekemä merkintä potilaan lääkityksestä, lääkehoidosta tai lääkemuutoksista. Lääkemääräämispoikkeama on lääkemääräämispäätöksen tai lääkemääräyksen antamisen virhe, joka voi johtaa lääkkeen vaikuttavuuden vähenemiseen tai haittojen tai niiden riskin lisääntymiseen. Poikkeama voi koskea lääkkeen annosta, annosmuotoa, määrää tai antoreittiä tai

lääkemääräys voi olla vaikeaselkoinen. Se saattaa myös liittyä hoidon aiheeseen tai vasta-aiheeseen tai allergioihin. (THL: Käsitteet 2016.) Tutkimusten mukaan suuri osa lääkepoikkeamista johtuu lääkemääräyksen puutteellisuudesta tai virheestä lääkemääräysten uusintatilanteessa (Poukka 2012.) Tässä työssä käytämme kaikista poikkeamatilanteista termiä vaaratapahtuma.

3.3 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuuden edistäminen on tärkeää sekä kehittyvissä- että teollisuusmaissa. Potilasvahinkoja sattuu molemmissa huomattavan paljon, vaikka syyt ovat erilaisia. Esimerkiksi kehittyvissä maissa huono hygienia on yleisin potilasturvallisuuden riskitekijä, kun taas teollisuusmaissa vahinkoja aiheutuu muun muassa lääkehoidossa ja puutteellisessa tiedonkulussa. (WHO: Patient safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition 2011, 94.) Puutteellinen tiedonkulku on siis kansainvälisestikin merkittävä potilasturvallisuutta vaarantava tekijä, johon tulisi puuttua potilasturvallisuuden edistämiseksi.

Potilasturvallisuus on yksi laadukkaan hoidon kulmakivistä. THL:n Potilasturvallisuusopas (2011, 7) määrittelee turvallisen hoidon sellaiseksi, jossa potilas saa tarvittavan ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus on suuremmissa mittakaavassa kaikkien terveyden- ja sairaanhoidon toimijoiden turvallisuutta. Potilasturvallisuus voidaan myös jakaa kolmeen pienempään osioon, joita ovat hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus. Näissä erotellaan vielä käytetyn menetelmän, esimerkiksi lääkkeen turvallisuus ja hoitoprosessin eli esimerkiksi lääkehoidon turvallisuus. (Potilasturvallisuussanasto 2007, 3.)

Potilasturvallisuuden periaatteiden ja toimintojen toteuttaminen tapahtuu esimerkiksi sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Ne vastaavat potilasturvallisuudesta oman toimialueensa sisällä. Toimintayksiköillä on muun muassa velvollisuus tehdä omat potilasturvallisuussuunnitelmansa. Sairaanhoitopiireissä on lisäksi nimettyjä potilasturvallisuusvastaavia ja -koordinaattoreita. Vastuu potilasturvallisuuden laadun ja potilasturvallisuustyön ohjauksesta on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos vastaa osaltaan toimintayksiköiden laadun ja potilasturvallisuuden kehittämisestä. Muita valtakunnallisia toimijoita potilasturvallisuuden kentällä ovat Fimea, Valvira, Potilasvakuutuskeskus ja aluehallintavirastot. (THL: Keskeiset toimijat 2013.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2009 Kansallisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009-2013, joka oli Suomessa ensimmäinen laatuaan. Potilasturvallisuusstrategia uudistettiin kesäkuussa 2017. Tällöin strategia päivitettiin koskemaan potilaiden lisäksi myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita. Strategian tarkoituksena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollolle yhtenäistä turvallisuuskulttuuria sekä edesauttaa sen toteutumista käytännössä. (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021, 2.)

Vuosien 2017-2021 strategiassa päivitettiin potilas- ja asiakasturvallisuuden määritelmä. Uuden määritelmän mukaan potilas- ja asiakasturvallinen hoito on sellaista, jossa henkilön saamat hoidot, hoiva ja palvelut aiheuttavat mahdollisimman vähän haittaa ja edistävät hänen fyysistä, henkistä ja sosiaalista hyvinvointiaan. Potilas- ja asiakasturvalliselle hoidolle, hoivalle ja palveluille on asetettu useita tavoitteita. Niitä ovat muun muassa potilaan ja tämän läheisten osallistuminen turvallisuuden kehittämiseen, tarpeeksi resursseja turvallisen hoidon ja hoivan toteuttamiseen sekä osaava henkilökunta. Lisäksi palveluiden laatua ja turvallisuutta tulee seurata säännöllisesti sekä kehittää tarvittaessa. (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021, 5-6.)

Samoihin aikoihin ensimmäisen Kansallisen potilasturvallisuusstrategian kanssa toteutettiin Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma. Se oli Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuosina 2011-2014 johtama projekti, joka oli suunnattu sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. THL:n tähtäimessä on haittapahtumien ja hoitoon liittyvien kuolemien määrän puolittuminen vuoteen 2020 mennessä. Projektilla oli myös kuusi tavoitetta, jotka olivat turvallisuutta uhkaavien riskien tunnistaminen, johdon osallistuminen turvallisuuden edistämiseen, potilasturvallisuustaitojen ja -tietojen lisääntyminen, toimivien työkalujen käyttöönotto, vaaratapahtumien kokemusten ja tietojen jakaminen ja potilasturvallisuustutkimuksen edistäminen. (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2011, 12, 17-18).

3.4 HaiPro-raportointijärjestelmä

Potilasturvallisuutta uhkaavien vaaratapahtumien raportoimiseksi on olemassa useita eri järjestelmiä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja yli 200:ssä muussa terveydenhuollon yksikössä on käytössä HaiPro-raportointijärjestelmä. HaiPro on valtion teknillisen tutkimuskeskuksen ja lääkelaituksen kehittämä sähköinen raportointijärjestelmä, johon ilmoitetaan potilasturvallisuutta vaarantaneista tilanteista. Nykyisin järjestelmään voi lisäksi

ilmoittaa myös henkilökunnan työturvallisuutta vaarantaneista tilanteista. Raportointijärjestelmä on tarkoitettu yksikön sisäiseen käyttöön ja sen toiminnan kehittämiseen, jotta vaaratilanteista voidaan ottaa opikseen. (HaiPro 2015.) Vaaratilanteista ilmoitetaan sähköisesti oheisella lomakkeella (kuva 2).

Etusivu Ohje In English | På svenska

HaiPro - Potilasturvallisuusilmoitus Sisäiset sivut

Ilmoituksen pvm: 24.2.2015

pakolliset kentät merkitty tähdellä (*)

Osasto/yksikkö	Ilmoittajan yksikkö (*) Valitse	Hae
	Yksikkö, jossa tapahtui (*) Valitse	Hae
Ilmoittajan ammattiryhmä	Valitse	
Tapahtuma	Tapahtuma-aika(*) Pvm (p.k.vvvv): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa Kellonaika: <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa	Tapahtuman luonne (*) <input type="radio"/> läheltä piti <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> tapahtui potilaalle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Täytetään myös työturvallisuusilmoitus <input type="checkbox"/> Täytetään myös tietoturvailmoitus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Täytetään myös toimintaympäristöilmoitus <input type="checkbox"/>
Tapahtuman tyyppi	Valitse	
Tapahtuman kuvaus (*)	Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Tarkista että kuvauksesta tulevat esiin mahdollisuuksien mukaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin: - Mitä oltiin tekemässä - Mitä ja miten tapahtui - Miten tilanne hoidettiin - Mitä seurasi potilaalle - Mitä seurasi henkilöstölle ja yksikölle.	
	Kuvaa lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät.	
	Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää?	
Sähköpostiosoite	Jos haluat, että käsittelijä voi kysyä sinulta lisätietoja, anna sähköpostiosoitteesi alla olevaan kenttään. Osoitetta ei näytetä käsittelijälle, mutta järjestelmä ilmoittaa sinulle mahdollisesta lisätietopyynnöstä sähköpostitse. Lisätietopyyntöön voit vastata sähköpostiviestissä olevan linkin kautta ja järjestelmä ilmoittaa käsittelijälle kun lisätieto on annettu.	

Tallenna Tulosta ilmoitus

KUVA 2. HaiPro-potilasturvallisuusilmoitus (HaiPro 2015)

HaiPro-ilmoitukset jaotellaan useisiin eri luokkiin, kuten esimerkiksi vaara- ja läheltä piti -tapahtumiin sekä poikkeamiin. Selkeyden vuoksi puhumme tässä työssä kaikista HaiPro-ilmoituksen tekoon johtaneista tilanteista vaaratapahtumina. Ilmoituksia voidaan myös

luokitella tapahtuman tyyppin mukaan eli liittyvätkö ne esimerkiksi lääkehoitoon, operatiiviseen toimenpiteeseen tai tiedonkulkuun ja -hallintaan. (HaiPro 2015.) Tässä opinnyytteessä tulemme keskittymään tiedonkulun ja -hallinnan luokkaan.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Vaaratapahtumien raportointi -oppaan (2009, 14) mukaan vaaratapahtuman tunnistaminen ja sen raportointi ovat tärkeitä potilasturvallisuuden kehittämisen ja parantamisen kannalta. Vaaratapahtumista tehdyt raportit käsitellään yksiköiden sisällä, ja niistä saatua tietoa hyödynnetään muun muassa vaaratapahtumiin vaikuttavien riskien vähentämiseen (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009, 16). Näiden käsittelyiden kautta henkilökunnan on mahdollista oppia kokemuksesta ja ymmärtää vaaratapahtumaan johtaneet syyt, jotta he voivat tulevaisuudessa estää saman tilanteen syntyminen (Aaltonen & Rosenberg 2014). Raporttien läpikäynnin tarkoitus ei ole syyllistää yksittäistä työntekijää, vaan muun muassa tunnistaa olosuhteita, jotka altistavat virheille (Kinnunen, Aaltonen & Malmström 2013).

Vaaratapahtumailmoitusten tekeminen on vapaaehtoista, mutta suotavaa. Kyseiseen ilmoitukseen on pakollista täyttää ilmoittajan oma työyksikkö sekä yksikkö, jossa vaaratapahtuma tapahtui. Myös aika, tapahtuman luonne ja vapaasti kuvailtava kertomus tapahtumasta ovat pakollisia. (HaiPro: Potilasturvallisuusilmoituksen täyttöohje 2015, 3-6.) Ilmoituksesta ei käy siis ilmi raportoijan, potilaan tai muiden tilanteessa osallisten henkilöiden henkilöllisyyttä. Halutessaan on toki mahdollista antaa käsittelijälle oma sähköpostiosoitteensa, jotta tämä voi kysyä tilanteesta lisätietoja, mutta sähköpostin luovuttamisesta huolimatta ilmoituksen tekijän henkilöllisyys ei paljastu.

4 KVALITATIIVINEN TUTKIMUS

Opinnäytteemme tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvalitatiivinen eli laadullinen induktiivinen sisällönanalyysi. Induktiivisuus on Kylmän ja Juvakan (2007, 22) mukaan laadullisen tutkimukselle tunnusomaista. Induktiivisuudella tarkoitetaan yksittäisten asioiden tai ilmiöiden yhdistämistä laajemmaksi kokonaisuudeksi. Induktiivinen päättely on luonteeltaan aineistolähtöistä.

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 161) määrittelevät kvalitatiivisen tutkimuksen sellaiseksi, jonka tarkoituksena on tutkia todellisiin olosuhteisiin perustuvia ilmiöitä. Lisäksi laadullisen tutkimuksen tarkoitus on nostaa esiin teoriaa ja sitä tukevia käytänteitä. Laadullisessa sisällönanalyysissä tutkimuskysymykset ja kysymyksen asettelut tarkentuvat aineistoon tutustussa (Kylmä & Juvakka 2007, 113).

Laadullisen sisällönanalyysin pyrkimyksenä on kuvata aineistoa sanallisesti, eikä aineiston tuloksille etsitä numeerista arvoa toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa. Sisällönanalyysissä on kolme vaihetta, jotka ovat: aineiston pelkistäminen, ryhmittely sekä teoreettisten käsitteiden luominen. Redusoinnissa eli pelkistämässä aineisto käydään läpi ja siitä karsitaan pois tutkimukselle epäolennaiset asiat. Ryhmittelyssä eli klusteroinnissa käydään aineisto tarkasti läpi ja etsitään aineistosta samankaltaisuuksia, joiden perusteella aineisto ryhmitellään osiin. Kolmannessa vaiheessa luodaan teoreettisia käsitteitä yhdistelemällä aineiston osia ja luomalla niiden pohjalta yleiskäsitys aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-113.)

4.1 Aineiston keruumenetelmät

Aineistomme olemme saaneet eräästä pirkanmaalaisesta sairaalasta. Aineisto koostuu kyseisen sairaalan sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla vuonna 2016 tehdyistä HaiPro-ilmoituksista. Yhteensä ilmoituksia vuoden aikana on tehty 152. Ilmoituksista 7 kappaletta oli tehty kirurgisella osastolla ja 145 kappaletta sisätautien osastolla. Aineiston meille luovutti apulaisosastonhoitaja, joka pääsee työnsä kautta käsittelemään kyseisiä vaaratapahtumailmoituksia.

Pohdimme jokaisen HaiPro-ilmoituksen kohdalla tarkkaan, sopiiko se tutkimukseemme. Jätimme pois ne ilmoitukset, jotka eivät käsitelleet tiedonkulkua tai kirjaamista. Näin ollen opinnäytetyöhöemme soveliaita HaiPro-ilmoituksia oli 84 kappaletta eli yli puolet kaikista ilmoituksista.

HaiPro-vaaratapahtumailmoitus ei sisällä ilmoittajan, potilaan tai muiden tapahtumaan liittyvien nimiä, joten heidän identiteettinsä pysyy suojattuna. On ilmoittajan harkinnan varassa, mitä kohtia hän ilmoituksesta täyttää, mutta tapahtuman kuvaus pitää olla täytetty kaikissa ilmoituksissa. HaiPro-ilmoituslomakkeelta analysoimme tapahtuman kuvaus -kohtaa, johon ilmoittaja on kuvaillut vaaratilanteen omin sanoin. Työssämme emme analysoi ilmoittajan näkökulmasta tapahtuman syntyyn johtaneita tekijöitä, sillä niitä ei oltu ilmoitettu kaikissa raportoinneissa.

4.2 Aineiston analysointi

Aloitimme käsittelemään aineistoamme tulostamalla kaikki HaiPro-ilmoitukset paperille. Tutustuimme huolellisesti paperiseen aineistoon lukien sen läpi useaan otteeseen. Kävimme jokaisen ilmoituksen läpi kohta kohdalta ja pohdimme, sopiiko se tutkimuskysymyksiimme. Aineistoon perehtymisen jälkeen aloimme etsiä ilmoitusten tapahtuman kuvaus -kohdista yhteisiä nimittäjiä. Nämä nimittäjät alleviivasimme tai merkitsimme muilla merkeillä. Tätä kautta saimme valittua koko aineiston joukosta aiheeseemme sopivat HaiPro-ilmoitukset.

Paperiversioiden läpikäynnin jälkeen aloimme kirjoittaa ilmoitusten alkuperäisilmauksia puhtaaksi. Emme muuttaneet alkuperäisilmauksien muotoa tai sanavalintoja. Ainut muokkauksemme oli ilmausten lyhentäminen siten, että otimme mukaan ilmoituksesta vain työllemme olennaiset kohdat. Teimme sähköisen taulukon, johon sijoitimme alkuperäisilmaukset kursiivilla kirjoitettuna. Jatkoimme aineistomme analysointia redusoidulla eli pelkistämällä ilmaukset riisumalla niistä kaiken epäolennaisen pois. Näin ollen saimme alkuperäisilmauksessa esitetyn asiaan tiivistettyä yhteen virkkeeseen. Taulukossa 1 on esimerkki alkuperäisilmausten muuttamisesta pelkistettyihin ilmauksiin.

TAULUKKO 1. Esimerkki alkuperäisilmauksen pelkistämisestä

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
<i>...Iltahoitaja oli laittanut lääkeosion kuntoon lähetetekstin mukaan, mutta sieltä oli jäänyt epähuomiossa puuttumaan Tradolan ret...</i>	Lääkelistaa päivittäessä lääke jäänyt ohjelmoimatta.
<i>..Aamuvuorosta puuttui maininta kahden potilaan osalta, joilla TELE, mitä siinä on näkynyt...Ei siis tietoa onko kyseisillä potilailla ollut esim. hälytyksiä Potilaiden vointi kirjaamatta. Kirjaukset jääneet vajavaisiksi tai muuta, mihin olisi hyvä kiinnittää huomiota...</i>	Potilaiden vointi kirjaamatta.
<i>...Potilaalla ei ole verensokerikaavaketta, johon olisi merkitty vs-arvoja sekä laitettuja insuliinejä... ..Osastolla kuitenkin käytäntönä merkitä vs:t+insuliinit erilliselle kaavakkeelle, jolloin seuranta on helppoa ja turvallista...</i>	Seurantakaavake puuttuu.
<i>Kierrolla määrätty lääke normaalia isompi annos kyseistä lääkettä oli kirjattu oikein teksti osioon. Potilaalle annettava lääkeosioon oli kirjattu eri lääke...</i>	Lääkelistalla ja kiertotekstissä eri lääkeannos.

Taulukoituamme pelkistetyt ilmaukset aloimme etsiä niistä sekä samankaltaisuuksia että eroavaisuuksia. Samankaltaisia ilmauksia ryhmittelimme ja muodostimme niistä alaluokkia (taulukko 2). Alaluokalle annoimme nimen, joka kuvasi sen alla olevien ilmausten sisältöä. Klusteroinnin eli pelkistettyjen ilmausten alaluokkiin ryhmittelyn jälkeen aloitimme yläluokkien muodostamisen. Tätä vaihetta kutsutaan abstrahoinniksi, jossa siirrytään sanallisista ilmauksista teoreettisten käsitteiden muodostamiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110-111). Abstrahoinnin seurauksena saimme 11 yläluokkaa.

TAULUKKO 2. Esimerkki luokkien muodostamisesta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Seurantakaavake puuttuu.	Puuttuva potilasdokumentti	Puuttuva dokumentaatio
Lääkelistalla ja kiertotekstissä eri lääkeannos.	Lääkemääräykset ristiriidassa keskenään	Kirjattu väärää tietoa
Kosketuseristyksestä ei ole informoitu suullisesti tai erityssymbolilla.	Eristyksestä ei ole tiedotettu osastolla	Informoimatta jättäminen
Tietotekninen ongelma potilaan sisäänkirjauksessa.	Potilaan sisäänkirjaus ei onnistunut	Tietotekninen ongelma
Lääkelista päivitetty vanhentuneesta lääkelistasta.	Kirjaus tehty vanhentuneen dokumentin perusteella	Kirjattu väärää tietoa

Abstrahointia jatkamalla saimme yhdistettyä yläluokat neljään pääluokkaan. Esimerkissämme on kuvattu kaksi samaamme pääluokkaa, jotka ovat virheellinen kirjaus ja tiedonkulun ongelma (taulukko 3). Muut pääluokkien otsikot ovat ”kirjaus tekemättä tai tehty vajavaisesti” ja ”sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöön liittyvä ongelma”. Kaikki käsitteet ovat hyvin laajoja ja vastaavat tutkimuskysymyksiimme. Pääluokkien nimien pohjalta saimme myös muodostettua otsikot tulososioomme.

TAULUKKO 3. Esimerkki yläluokkien ryhmittelystä pääluokkaan

Yläluokka	Pääluokka
Kirjattu väärää tietoa	Virheellinen kirjaus
Kirjaus menneisyyteen	
Epäselvä kirjaus	
Informoimatta jättäminen	Tiedonkulun ongelma
Kommunikaatiokatkos	
Virheellinen suullinen tiedonanto	

Sisällönanalyysimme eteni siis induktiivisesti yksittäisistä alkuperäisilmauksista yleisten käsitteiden eli pääluokkien luomiseen. Nämä muodostamamme käsitteet kuvaavat syitä, jotka ovat johtaneet kirjaamiseen ja tiedonkuluun liittyvien vaaratapahtumien syntyyn. Seuraavassa osiossa olemme avanneet tuloksiamme ja saamiemme luokkien taustoja sanallisesti.

5 TULOKSET

Tässä osiossa käymme läpi opinnäytteeseemme tehdyn tutkimuksen tuloksia sekä analysoimme niitä tarkemmin. Aineistomme koostuu erään pirkanmaalaisen sairaalan kahden vuodeosaston vuoden 2016 aikana tehdyistä HaiPro-ilmoituksista. Aineistostamme olemme saaneet tutkimuksen tarkoituksien, tehtävien ja tavoitteiden kautta tutkimustulokset. Tutkimustulokset jaotellaan selkeyden ja käytettävyyden vuoksi sisällönanalyysivaiheessa saamiemme pääluokkien alle.

Koska opinnäytetyömme aineiston alkuperää ei ole tarkoitus paljastaa, olemme ottaneet aineistomme käsittelyssä käyttöön ***-merkin. *** merkitsee erisnimeä, joka voi olla sairaalan, osaston tai henkilön nimi, joka on tähtien avulla sensuroitu anonyymiteetin säilyttämiseksi. ***-merkki voi tarkoittaa myös hoitajan ammattinimikettä, joka on jätetty pois anonyymiteetin turvaamiseksi. Täten puhumme työssämme vain yleisesti hoitajista, emmekä erittele hoitajia lähi-, perus- tai sairaanhoitajiin. Emme ole muuttaneet ilmoitusten kirjoitusasua alkuperäisistä muutoin kuin jättämällä pois tutkimuksellemme epäolennaisia kohtia.

5.1 Tiedonkulun ongelma

Ilmoituksia läpikäydessämme rajasimme tiedonkulun ongelmiin ne tilanteet, joissa tieto ei ole kulkenut henkilöltä toiselle toivotulla tavalla. Tiedonkululla tarkoitetaan tässä luokassa suullista tiedonantoa. Syynä vaaratapahtuman syntyyn on voinut olla informoimatta jättäminen tai kommunikaatiokatkos, joka on voinut johtua esimerkiksi siitä, että tavoiteltua henkilöä ei ole saatu kiinni puhelimitse. Syynä on voinut myös olla virheellisen tiedon välittäminen tai puutteellinen tiedonanto, jossa potilaan voinnista ei ole kerrottu kaikkea tarpeellista. Tiedonkulun ongelmat olemme jakaneet edelleen informoimatta jättämiseen, kommunikaatiokatkokseen sekä virheelliseen suulliseen tiedonantoon.

Tiedonkulun ongelmissa tieto ei ole kulkenut suullisesti, joko kasvokkain tai puhelimen välityksellä henkilöltä toiselle toivotulla tavalla. Välitetty tieto on myös voinut olla virheellistä tai puutteellista. Jokaisella työntekijällä on henkilökohtainen vastuu tiedonku-

lusta (Koivukoski & Palomäki 2009, 59-61). Informaation tulisi siirtyä sujuvasti ja mutkattomasti eri hoitotahojen välillä, koska virheellinen tieto tai vajavainen raportointi vaarantavat potilasturvallisuuden. Sujuvalla tiedonkululla turvataan siis potilaan hoidon jatkuvuus. (Scovell 2010, 35-39.)

5.1.1 Informoimatta jättäminen

Yhdeksi tiedonkulun ongelmista nousi informoimatta jättäminen. Näissä tilanteissa jotakin potilaan hoitoon oleellisesti liittyvää tietoa on jätetty välittämättä eteenpäin. Eräässä tilanteessa kosketuseristyksen tarpeesta ei ole informoitu kaikkia osaston työntekijöitä. Kyseisellä osastolla on ollut tapana laittaa potilashuoneen oveen keltainen kosketuseristystä merkitsevä tarra sekä lisätä tieto keittiön viestitaululle ja ruokalistalle. Näitä asioita ei kuitenkaan oltu tehty ja tästä syystä laitoshuoltaja ei ollut tietoinen kosketuseristyksestä, jonka vuoksi yleinen työturvallisuus vaarantui.

”...yöllä siirtynyt kosketuseristyksessä hoidettava kirurginen potilas.. laitoshuoltaja ei ollut tietoinen eristyksestä. Huoneen ovesa ei ollut keltaista merkkilappua eikä tietoa oltu kirjoitettu keittiön viestitaululle eikä ruokalistalle.”

Eräässä HaiPro-ilmoituksessa lääkäriä ei oltu informoitu potilaan siirtymisestä osastolle. Potilaan tila olisi vaatinut välitöntä lääkärin konsultaatiota, joten potilaan hoito katkesi kriittisessä kohdassa ja potilasturvallisuus vaarantui tiedonkulun katkoksen vuoksi. Tämä olisi ollut estettävissä, jos osastolla työvuorossa olleet hoitajat olisivat ilmoittaneet esimerkiksi suullisesti lääkärille potilaan siirrosta.

Jylhän (2017, 52-53) väitöskirjassa tutkituista tiedonhallintaan liittyvistä HaiPro-raportoinneista (N=205) noin 41% oli sellaisia, joissa oli syypäänä inhimillinen virhe kuten unohdus, lipsahdus tai erehdys. Seuraavaksi yleisimpänä syynä tiedonkulun vaarantumisena oli tiedon poisjättäminen. Aineistossamme tällainen erehdys esiintyi, kun potilas oli siirtynyt jatkohoitoon vuodeosastolle toisesta sairaalasta ja puhelimitse annettussa raportissa ei oltu kerrottu kaikkia potilaan hoitoon liittyviä asioita, vaan oli jätetty kertomatta, että potilasta jouduttu pitämään lepositeissa. Tämä vaaransi hoitohenkilökunnan työturvallisuuden hetkellisesti. Jos potilaan vastaanottavaan yksikköön olisi kerrottu kattava ja

todenmukainen raportti, niin hoitohenkilökunta olisi voinut valmistautua potilaan vastaanottoon, eikä työturvallisuus olisi vaarantunut tämän informoimatta jättämisen vuoksi.

Inhimilliseksi virheeksi lasketaan kaikki sellaiset tapahtumat, joissa mikään ulkoinen tekijä ei ole vaikuttanut virheen syntyyn. Esimerkiksi, jos hoitaja laskee lääkannoksen väärin, se voidaan laskea inhimilliseksi virheeksi, mutta jos vaaratapahtuma aiheutuu rikkoutuneesta potilasvuoteen jarrusta, on siinä mukana ulkopuolinen tekijä. Inhimilliset tekijät jaetaan usein myös inhimilliseen erehtyväisyyteen ja yksilön osaamattomuuteen tai huolimattomuuteen. (Helovu 2012, 75-85.)

Inhimillisten virheiden estämiseen voidaan vaikuttaa muun muassa tekemällä erilaisia tarkistuslistoja esimerkiksi potilaan vastaanottamiseen ja kotiuttamiseen. Tarkistuslistan tarkoituksena on tarjota yksinkertainen ja tehokkaasti hyödynnettävä lista ydinasioista. Tämän listan seuraaminen takaisi turvallisen ja jatkuvan hoidon. Tätä käyttäen voi parantaa tiimityötä, kommunikaatiota sekä potilasturvallisuutta. Tarkistuslistoja laadittaessa usein huomataan, miten useat asiat tehdään ulkomuistin varassa, koska standardoitua listaa työjärjestyksestä ei ole. Ulkomuistiin luottaessa voi helposti unohtua asioita. (Helovu ym. 2012, 208-212.) Tärkeää on myös ohjeistaa kaikkia työntekijöitä, myös sijaisia, seuraamaan listaa.

5.1.2 Kommunikaatiokatkos

Tiedonkulun ongelmista kommunikaatiokatkoksia tapahtui HaiPro-ilmoitusten perusteella eniten tilanteissa, joissa lääkäriä ei ole saatu tavoitettua puhelimitse useista yrityksistä huolimatta. Joissakin tilanteissa puhelinnumero oli ollut väärä, kun taas toisissa tilanteissa tavoiteltu päivystävä lääkäri ei ollut vastannut, vaikka päivystysvuoron aikana lääkärin tulisi olla aina vähintään puhelimitse tavoitettavissa.

”Yölääkäri yritti soittaa useaan kertaan takapäivystäjälleen tuloksetta.”

Yhdessä HaiPro-ilmoituksessa potilaan osastolle tulosta ei ole tiedotettu potilaan vastaanottavalle hoitajalle mitään. Kyseisessä vaaratapahtumailmoituksessa kerrotaan kuitenkin, että myöhemmin selvisi, että muille osastolla oleville hoitajille oli annettu raporttia, mutta tieto ei ollut kulkeutunut vastaanottavalle hoitajalle saakka. Tässä tilanteessa kommunikaatio ei ole toiminut toivotulla tavalla ja tieto on jäänyt siirtymättä eteenpäin.

Kommunikaation ja tiedonkulun katkeaminen myötävaikuttavat noin 65 prosenttiin vaaratapahtumista (Helovuo ym. 2012, 72-73). Hoidon jatkuvuuden ja tiedon siirtymisen kannalta suuri vaaran paikka on kahden organisaation välillä siirtyminen, joten tällöin on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota sujuvaan tiedonkulkuun. Henkilökunnan tulisi muistaa välittää potilaan hoidon kannalta oleellinen tieto kaikille potilaan hoitoon osallistuville. Henkilökunnan muistuttaminen tiedonsiirrosta ei välttämättä tuota tarvittavaa hyötyä, vaan olisi hyvä kehittää koko organisaation toimintatapoja sellaisiksi, että tieto siirtyy sujuvasti. (Suomen lääkirilehti 2014b.)

5.1.3 Virheellinen suullinen tiedonanto

Virheellisiä suullisia tiedonantoja on raportoitu, kun potilaan lääkkeen saamisesta tai voinnista on annettu tietoa, joka ei ole pitänyt paikkaansa. Tiedonkulun riittävä toteutuminen edesauttaa lisäksi turvallista tiimityötä. Tiedonkulullisesti turvallisessa tiimissä kommunikaatiota on paljon myös perustyön ohessa. Sujuvaan kommunikointiin kuuluu muun muassa seuraavan työvaiheen kertominen ääneen muulle tiimille ja kuittaus, kun työ on tullut suoritetuksi. Kun kaikki tiimin jäsenet kommunikoivat aktiivisesti keskenään, niin koko tiimi on perillä työjärjestyksestä sekä saa kokonaiskuvan tilanteesta. (Suomen lääkirilehti 2014a.)

Yhdessä vaaratapahtumailmoituksessa hoitaja kysyi potilaan hoitoon osallistumattomalta kollegaltaan potilaan lääkkeenannosta ja verensokerin mittaamisesta. Tämä kyseinen hoitaja ei ollut antanut lääkkeitä tai mitannut verensokeria. Tämän vastauksen perusteella hoitaja antoi potilaalle aamulääkkeen. Myöhemmin kuitenkin selvisi, että kolmas hoitaja oli jo käynyt antamassa lääkkeen potilaalle, jolloin potilas sai lääkkeen kahteen kertaan, jolloin syntyi vaaratapahtuma.

Vaaratapahtuma syntyi puutteellisen kommunikaation vuoksi. Jos lääkkeen toisen kerran antanut hoitaja olisi kertonut muille tiimin jäsenille menevänsä pistämään insuliinin, olisi toinen hoitaja voinut puuttua tilanteeseen ennen kuin lääke olisi annettu kahdesti. Lääkkeen antoon liittyvä poikkeama olisi ollut estettävissä myös, jos tiimityöntekijät olisivat jakaneet työt heti työvuoron alussa ja olisivat sopineet keskenään, että kuka hoitajista vastaa minkäkin huoneen lääkehoidosta.

*” ...kysyi toiselta hoitajalta onko verensokeri mitattu ja aamu insuliini pistetty. ***hoitaja sanoi ettei ole pistänyt eikä mitannut.. Huoneessa ollut hoitaja siis mittasi sokerin ja laittoi Lantusta 20ky. Hetken kuluttua toinen hoitaja tullut sanomaan, että olikin pistänyt jo Lantuksen...”*

Aktiivinen kommunikointi edesauttaa potilasturvallista työskentelyä. Tämä tapahtuu muun muassa silloin, kun ryhmän jäsen kertoo ennen toimenpidettä, että mitä on menossa tekemään. Näin muulla tiimillä on aikaa havaita ja korjata tapahtumat, ennen kuin vaaratapahtuma pääsee syntymään. Hyvään tiedonkulun varmistamiseen kuulu myös se, että määräyksen saanut tiimin jäsen toistaa määräyksen sanasta sanaan. Näissä tilanteissa muu tiimi voi vielä korjata tilanteen, jos määräyksen antamisessa tai vastaanottamisessa on tapahtunut virhe. (Suomen lääkärilehti 2014a.)

5.2 Virheellinen kirjaus

Virheellinen kirjaus -luokkaan kuuluvat ne vaaratapahtumailmoitukset, joissa potilasasiakirjoihin on tehty kirjauksia, jotka eivät pidä paikkaansa tai jotka on tehty yleisten toimintatapojen vastaisesti. Tällaisia ilmoituksia ovat muun muassa ne, joissa on kirjattu potilaan hoidon kannalta valheellista tai virheellistä tietoa. Tähän luokkaan kuuluvat myös ne ilmoitukset, joissa muun muassa lääkemuutoksia on tehty käsin kirjoittamalla erilliselle paperille tai paperisiin potilasasiakirjoihin, vaikka yleisten toimintatapojen mukaisesti esimerkiksi lääkekirjaukset tulisi tehdä sähköisesti.

Suuri osa näistä vaaratapahtumista liittyi lääkekirjauksiin. Otimme aineistoomme mukaan myös lääkekorttien ajantasaisena pitämisen, koska hoidon kannalta oleellista tiedonkulkua ei ole viety loppuun, jos ajan tasalla olevaa lääkekorttia ei ole tulostettu. Virheellinen kirjaus -osion olemme jakaneet epäasianmukaisiin lääkemuutoksiin, menneisyyteen tehtyihin kirjauksiin, lääkkeen ohjelmointivirheisiin sekä ilmoituksiin, jossa on kirjattu väärää tietoa.

Organisaatioissa tulisi olla vakiintuneet ohjeistuksen esimerkiksi kirjaamiseen. Näin oleen voitaisiin vähentää tietoon liittyviä vaaratapahtumia. Jylhän (2017, 58) aineiston perusteella kirjausvirheillä oli suurin vaikutus muihin eri tyyppisiin tiedonhallinnan ja potilasturvallisuuden vaarantumisiin. Paperille tehdyistä lääkemääräyksistä ei esimerkiksi käy aina ilmi lääkkeen määrääjää tai lääkemuutoksen päivämäärää.

Ruuhilehto, Kaila, Keistinen, Kinnunen, Vuorekoski ja Wallenius (2011, 1033-1040) ovat tutkineet millaisia vaaratapahtumia HaiPron kautta raportoitiin vuosina 2007-2009. Yhteensä vaaratapahtumailmoituksia oli 64 405 kappaletta, ja niistä hieman yli puolet käsitteli lääkkeitä ja lääkitysprosessia. Ruuhilehdon ym. (2011, 1033-1040) tutkimustulokset tukevat saamiamme tuloksia, sillä lääkekortin ajantasaisuuteen liittyviä HaiPro-ilmoituksia oli aineistosta eniten. Suurin osa koski tekemättömiä lääkemuutoksia. Esimerkiksi lääke on jäänyt tauottamatta tai vaihtoehtoisesti taukoa ei ole lopetettu silloin, kun olisi pitänyt. Näissä tilanteissa suurin syy virheen syntymiseen on varmasti inhimillinen unohdus.

5.2.1 Epäasianmukainen lääkemuutos

Epäasianmukaisina lääkemuutoksina aineistostamme on noussut esiin lääkemuutokset, jotka ovat tehty käsin joko lääkekorttiin, verensokerin seurantakaavakkeelle tai erilliselle paperille. Kynällä tehtyjä lääkemuutoksia ei löydy sähköisistä järjestelmistä eikä niistä käy ilmi lääkkeen määrännyt lääkäriä. Iso osa näitä lääkemuutoksia koski insuliinin annostuksia, joissa lääkemuutos oli tehty käsin sokeriseurantakaavakkeelle, mutta annostusta ei oltu muutettu sähköiseen potilastietojärjestelmään. Näissä potilasturvallisuus vaarantuu, kun tieto ei ole dokumentoitu asianmukaisesti ja tieto paperisissa potilastiedoissa voi olla ristiriidassa sähköisten potilasasiakirjojen kanssa.

”...ohjeistus oli todella epäselvä. Sokeriseurantakaavakkeella oli käsinkirjoitettu lappu, missä ei ollut määrääjää, ei potilaan nimeä jolle määrätty eikä aloitus ajankohtaa...”

Eräessä tilanteessa paperiseen läheteeseen oli kynällä kirjoitettu uusi lääkevalmiste. Aikaisemmin määrätty lääkevalmiste oli yliviivattu kynällä lähetteen tulostamisen jälkeen. Potilastietojärjestelmän määräyksissä ei näkynyt kyseisiä muutoksia, joten potilaan lääkitys on jäänyt epäselväksi.

”...Lääkelistaan oli kynällä vedetty yli tuo annostelu ja laitettu kynällä uusi annos 20mgx2. Mutta missään ei ollut tällaista määräystä...”

”...Paperisesta läheteestä oli kylläkin yliviivattu amoxicillin ja laitettu kynällä merkintä avelox... myöskin paperiseen läheteeseen kynällä merkattu

marevan annoksia ja lisäksi klexane 80mg x1 sc... Jäi siis epäselväksi kuuluiko potilaalle vielä klexane aloittaa, koska määräyksissäkään ei mitään merkintää ollut...”

Poukka (2012, 11-14) nosti esiin, että lääkäreiden tulisi käyttää lääkemääräysten teossa sähköisiä reseptejä ja sähköisiä tietojärjestelmiä. Aineistossamme oli useita raportointeja, jossa lääkemääräyksiä ei oltu tehty sähköisesti, kuten asianmukaisesti kuuluu. Yhdessä tilanteessa lääkäri ei ollut saanut tehtyä sähköistä reseptiä, ja muissa raporteissa lääkemääräyksiä oli tehty käsin paperisiin potilastietoihin muiden tuntemattomien syiden vuoksi. Raportointien perusteella oli yleistä, että lääkäri tai hoitaja oli tehnyt lääkemuutoksia käsin lääkekorttiin tai verensokerikaavakkeelle eikä suoraan sähköiseen tietojärjestelmään.

Lääkehoidon vaaratapahtumista 51% johtuu lääkärien toiminnasta. Syynä suureen määrään lääkäreiden virheitä voi toisaalta olla se, että lääkäri on viime kädessä vastuussa yksikön lääkehoidosta. Usein lääkehuoltoon liittyvät poikkeamat johtuvat myös lääkehoitoprosessista, johon osallistuu useampi työntekijä. Yhtenä syynä nousi esiin myös kommunikaatiokatkokset lääkehoitoprosessista sekä lääkärien ja hoitajien väliset ammatilliset suhteet ja niiden vaikuttaminen kommunikaatioon ja sitä kautta uskallukseen kyseenalaistaa lääkärin määräys. (Linden-Lahti, Airaksinen, Pennanen & Käyhkö 2009, 3429-3434.)

Lääkkeisiin liittyvissä vaaratapahtumissa on tyypillisesti osasyynä huono tiedonkulku sekä puutteellinen kommunikaatio. Lääkäri on saattanut tehdä lääkemääräyksen sähköiseen potilastietojärjestelmään, mutta ei ole informoinut siitä hoitajaa suullisesti. Tällöin hoitaja ei ole pystynyt ohjelmoimaan määräystä uudelle lääkekortille. (Poukka 2012, 11-14.) Tämän tyylinen kommunikaatiokatkos voisi selittää myös aineistossamme esiin nousseita tilanteita, joissa tulostettu lääkekortti ei vastaa sähköisiä potilastietoja.

5.2.2 Kirjaus menneisyyteen

Yhtenä virheellisen kirjauksen muotona on kirjaus menneisyyteen. HaiPro-ilmoituksissa esiintyi kaksi ilmoitusta, jotka käsittelivät lääkkeen antokirjauksia, jotka oli tehty jälkikäteen väärälle ajankohdalle. Yhdessä ilmoituksessa lääkkeen antokirjaus on merkitty sokeriseurantakaavakkeelle oikealle päivälle, mutta se tehty monta vuoroa jälkikäteen.

Tässä tilanteessa seuraavan vuoron hoitajat olivat ehtineet ihmettelemään, että onko lääkettä annettu ollenkaan, kun lääkkeenantomerkintä puuttui.

” ...Lääkkeenantokirjaus oli tehty 21.3 tapahtuneeksi vaikka potilas sai lääkkeen 4.4...”

” ...Hoitaja oli konsultoinut toista hoitajaa joka oli ohjeistanut kirjaamaan lääkkeenannon menneisyyteen. Potilaan lääkeosiosta ei siis käynyt ilmi oikeaa ajankohtaa lääkkeen annolle. Nyt lääkeosiosta kävi vain ilmi, että lääke olisi edelleen tauolla.”

Kirjausten ajantasaisuus on tärkeää varsinkin nyt eletessä hiljaisen raportoinnin aikaa. Hoitotyön ammattilaiset tekevät hoitoon liittyvät päätökset kirjatun tiedon pohjalta. Kirjatun tiedon tulee tästä syystä olla ajantasaista ja tarkkaa. Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että kirjattu tieto on reaaliaikaisesti saatavissa useammassa organisaatiossa, jolloin vältytään päällekkäisiltä tutkimuksilta ja toimenpiteiltä. (Pekkala 2008, 48-54; Tantu 2008, 167-171.)

Näissä kahdessa lääkkeenantoon liittyvässä kirjauksessa kirjaukset on tehty jälkikäteen menneisyyteen. Näissä tilanteissa potilasturvallisuus vaarantui hetkellisesti, koska ajantasaisen kirjauksen puuttumisen vuoksi lääke oltaisiin voitu antaa uudestaan. Tämä saattaa myös aiheuttaa sen, että säännöllisesti annettava lääke annetaan väärään aikaan virheellisen kirjauksen vuoksi. Nämä vaaratilanteet olisi ollut vältettävissä reaaliaikaisilla kirjauksilla todelliselle lääkkeenantoajankohdalle.

5.2.3 Lääkkeen ohjelmointivirhe

Lääkkeen ohjelmointivirheiksi laskemme ne kaksi ilmoitusta, jossa lääkkeen ohjelmointivaiheessa tulleen virheen tai huolimattomuuden vuoksi lääkelistalta puuttuu lääkkeen antoaika tai lääkettä ei oltu laitettu tulostumaan lääkekorttiin. Läkettä ohjelmoitaessa täytyy kyseisen sairaalan potilastietojärjestelmässä muistaa merkitä kohta ”näytä lääkekortilla”, sillä jos kyseinen merkintä puuttuu, ei lääkevalmiste tulostu lääkekortille.

”... Lääkemääräys löytynyt nuijan takaa ja lääkelistalta, mutta i.v.-lääke ei ollut tulostunut lääke-kortille, koska tulostin ”täppää” ei oltu huomattu laittaa...”

Lääkkeen ohjelmointivirheet johtavat siihen, ettei hoitohenkilökunnalla ole käytössään paperista ajan tasalla olevaa lääkityslistaa esimerkiksi lääkehuoneessa. Tämä voi johtaa siihen, että potilas ei saa lääkettään oikeaan aikaan tai ollenkaan.

5.2.4 Kirjattu väärää tietoa

HaiPro-ilmoituksissa on noussut esiin tilanteita, joissa on kirjattu väärää tietoa. Väärää tietoa on kirjattu muun muassa tilanteissa, joissa potilaan lääkelistan päivittämiseen on käytetty vanhoja tietoja tai eräissä tapauksissa myös toisen potilaan lääkitystietoja.

Väärää tietoa on myös kirjattu tapauksessa, jossa lääkärin loppulausunnossa on ollut maininta, että potilaalla on matala magnesiumarvo ja tästä syystä lääkäri on määrännyt annettavaksi magnesiumamaitoa kaksinkertaisen annostuksen aikaisempaan annokseen verrattuna sekä kontrolloimaan verikokeet viikon kuluttua. Potilaalla on ollut kuitenkin toistuvasti laboratorionkokeissa magnesium koholla eikä matalalla niin kuin lääkäri on lausuntoonsa kirjoittanut.

”...Lääkärin loppulausunnossa oli maininta, että potilaalla matala mg ja nostettu potilaalle menevää magnesiumamaitoannosta tuplaten verrattuna aiempaan sekä suositeltu kontrolloimaan viikon kuluttua. Potilaalla toistuvasti lab. kokeissa mg korkea eikä suinkaan matala...”

Väärän tiedon kirjaamista on tapahtunut myös tapauksissa, joissa kirjauksia tehdään erilliselle lomakkeelle sekä potilastietojärjestelmään. Eräissä tapauksissa huumausaineiden kulutuskortille on merkitty eriävää tietoa verrattuna potilastietojärjestelmän antomerkin­ töihin. Virheellinen kirjaus on koskenut lääkkeen annosta ja antoaikaa.

”Morphin annoksia merkattu väärin huume­ kortille+Mirandaan. Potilaalle merkattu iv.huume­ korttiin, että Morphin(20mg/ml) 4mg/20mg vaikkakin mirandassa onkin antokirjattu suun kautta annettavaksi annoksella 4mg/ml(kellonajassakin virhettä, vaikka sama hoitaja sen antanut).”

Aineistossamme löytyi useampi ilmoitus, joissa tuplaskirjausten vuoksi on tullut virheitä kirjauksiin. Tällöin kirjaus puuttuu joko sähköisestä potilastietojärjestelmästä tai paperiselta kaavakkeelta. On myös tapauksia, joissa kirjaukset papereilla ja sähköisessä potilastietojärjestelmässä eriävät huomattavasti. Mahdollinen tapa välttää nämä virheet olisi luopua paperisista seurantakorteista esimerkiksi diabeteksen kohdalla, jolloin kaikki tieto

olisi samassa paikassa reaaliaikaisesti katsottavissa. Tämä saattaisi myös vaikuttaa lääkärin virheellisiin määräyksiin, koska lääkäri ei voi kirjoittaa määräystä käsin paperiselle seurantalomakkeelle, jos sellaista ei ole käytössä. Näin ollen määräys täytyisi laittaa suoraan sähköiseen potilastietojärjestelmään, kuten asianmukaisesti kuuluu.

Yhdessä ilmoituksessa kerrotaan, että potilaalle on määrätty annettavaksi suonensisäisesti lääkettä, jota ei saa missään tilanteessa antaa suonensisäisesti. Kyseisestä ilmoituksesta selviää myös, että lääkkeen määrääjä eli lääkäri ei ole tehnyt kyseistä lääkemääräystä tietokoneelle vaan määräyksen on tehnyt hoitaja lääkärin puolesta.

*”Potilaalle määrätty annettavaksi Rocephalin 2g iv. Lääkemääräys kirjattu kuitenkin virheellisesti, sillä määräykseksi oli kirjattu annettavaksi Rocephalin cum lidokain jota ei saa milloinkaan antaa suonensisäisesti. Määräyksen oli kirjannut ***hoitaja ei lääkäri itse...”*

Työyhteisössä olisi hyvä olla yhteiset käytännöt tiedon jakamisesta ja määräysten vastaanottamisesta. Määräyksiä ja hoito-ohjeista vastaanottaessa olisi hyvä toistaa määräys tai hoito-ohje sanatarkasti, sisältäen myös lääkkeiden nimen, vahvuuden ja antoreitin. Hyvään käytäntöön kuuluisi myös määräyksen varmistaminen kirjallisesti ja lääkärin puolesta määräyksen tehneen hoitajan tulisi pyytää määräykseen allekirjoitus lääkäriltä. (Helo vuo ym. 2012, 72-73.)

Lisäksi läheteissä ja loppulausunnossa on ollut virheellistä tietoa liittyen lääkityksiin, hoidon kiireellisyysluokkaan tai hoito-ohjeisiin. Lääkemääräyksissä on myös ollut normaalia isompia annoksia sekä eriäväisyyksiä paperisessa ja sähköisessä lääkemääräyksessä. Tieto sairaaloiden välissä siirtyy yleensä sähköisesti, eli jos lääkäri on tulostanut lähetteen ja tämän jälkeen tehnyt käsin muutoksia läheteeseen, niin sähköiseen läheteeseen jää edelleen virheellistä tietoa.

*”...mm. antibioottina ***:n listan mukaan mennyt Trimopan ja amoxicillin, vaikka todellisuudessa potilaalla mennyt avelox kotona...”*

”...huomasin osaston listan annostuksen eriävän tekstin kanssa: osastolla 30mg, tekstissä 40mg.”

5.2.5 Lääkekortti ei ajan tasalla

Lääkekortin ajantasaisuuteen liittyvät tilanteet saattoivat olla sellaisia, joissa lääkärin määräämiä lääkemuutoksia ei oltu viety ollenkaan koneelle määräyksestä huolimatta tai lääkekorttia ei oltu muutosten jälkeen tulostettu ja viety lääkehuoneeseen. Näissä tilanteissa lääkemuutos oli ohjelmoitu potilastietojärjestelmään, mutta päivitettyä lääkekorttia ei oltu tulostettu.

” ... Lääkkeen annettua, huomattu että klexanen määräys olisin lopetettu jo päivällä...”

”...potilaan lääkelistalta puuttuu kyseinen lääke kokonaan, vaikka se oli menossa. Lääkäri lopettanut edellisenä päivänä lääkkeen tauolla oleminen...”

THL:n Turvallinen lääkehoito -oppaan mukaan yksi turvallisen ja tehokkaan lääkehoidon tekijöistä on ajantasainen tieto potilaan lääkityksistä. Lääkekorttien ajantasaisuus tulisi tarkistaa muun muassa aina uuteen hoitopaikkaan saapumisen jälkeen, silloin kun hoitopaikka vaihtuu tai tarvittaessa. Lääkityksen ajantasaisena pitäminen on tärkeää, sillä potilaan käyttämien lääkkeiden annostusten ja antoajankohtien tulisi vastata hyväksytyjä hoitokäytäntöjä. Tällöin potilaalla ei pitäisi mennä päällekkäisiä tai yhteen sopimattomia lääkkeitä. (Inkinen ym. 2016, 51-53.)

Lääkekorttien ajantasaisena pitämiseen auttaa, jos jokaisen potilaan lääkekortit tarkistetaan kerran vuorokaudessa, esimerkiksi yövuoron aikana. Tutkimuksemme kohteena olevissa yksiköissä lääkekorttien epääjantasaisuus onkin usein huomattu yövuoron aikaisessa lääkekorttien tarkastuksessa. Potilastietoihin voi myös luotettavuuden lisäämiseksi kirjata päivämäärän, jolloin lääkkeet on tarkistettu.

5.3 Kirjaus tekemättä tai tehty vajavaisesti

Kirjaus tekemättä tai tehty vajavaisesti -luokassa kirjaukset on jätetty kokonaan tekemättä tai kirjauksien sisältämä informaatio ei ole riittävän laajaa. Asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009) määritellään potilasasiakirjojen sisältöä ja sen mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä tarpeeksi laajasti kaikki tarpeellinen tieto potilaan hoidon järjestämisestä, suunnittelusta ja toteutuksen seurannasta. Aineistostamme nousi esiin kirjaamatta

jättämisiä sekä vajavaisia kirjauksia, joissa kirjauksista ei löytynyt kaikkia tarvittavia tietoja. Kirjaamisen tärkeyttä ei voi korostaa tarpeeksi. Varsinkin nyt, kun terveydenhuollossa ollaan siirrytty hiljaisen raportoinnin pariin, niin kirjaamatta jättämisellä tai vajavaisilla kirjauksilla lisätään potilasturvallisuuden vaarantumista sekä sitä myötä myös potilasvahinkoja.

5.3.1 Vajavainen kirjaus

Vajavaisten kirjausten pääluokkaan kuuluvat ne poikkeamat, jossa on ilmoitettu, että kirjauksia on tehty vuoron aikana vajavaisesti. Kirjauksia on tehty vaillinaisesti esimerkiksi potilaan voinnista tai telemetriaseurannasta.

” Potilaasta oli kirjattu erittäin puutteellisesti aamuvuorossa...”

Nykänen ja Junttila (2012, 20-22) kertovat, että hoitotyön kirjaamisen ongelmallisuus piilee siinä, että hoitotyön prosessimalli -luokitus ei palvele hoitotyöntekijöitä sekä luokitukset ovat hankalakäyttöisiä. Tästä syystä kirjaaminen tapahtuu usein myös prosessimallin vastaisella tavalla tai prosessimalli voi olla käytössä, mutta luokitus on koettu ongelmalliseksi, eikä sitä käytetä. Vaikka kirjaaminen tuntuisi hankalalta ja aikaa vievältä, niin kirjaaminen on tärkeää esimerkiksi siksi, koska hoitotyön sähköinen kirjaaminen parantaa myös hoitajan omaa oikeusturvaa. (Nykänen & Junttila 2012, 20-22.)

Tästä syystä kaikki tarpeelliset tiedot tulisi kirjata sekä kirjauksien tulisi mukailla hoitotyön prosessia. Aineistossamme useammassa HaiProssa oli raportoitu, että vuoron aikana kirjaukset olivat kokonaan tekemättä tai potilaan hoidon kannalta tärkeitä ja tarpeellisia tietoja oli jätetty kokonaan kirjaamatta. Tällaisia voinnin seurannan kannalta tärkeitä kirjaustietoja puuttui esimerkiksi telemetriaseurannasta tai eräässä tapauksessa kirjaukset puuttuivat koko vuorosta lukuun ottamatta potilaan yhtä toimenpidekäyntiä.

” Potilaasta kirjattu hyvin vähän aamuvuorossa.. Ei ole kirjattu potilaan voinnista mitään koko aamuvuorossa. Vain tuohon tutkimuskäyntiin liittyvää asiaa kirjattu...”

5.3.2 Puuttuva dokumentointi

Puuttuvia kirjauksia ovat ne, joissa potilaan voinnista, telemetriaseurannasta tai lääkkeen annosta ei ole kirjattu mitään. Eräessä tapauksessa yövuoroon tullut hoitaja oli huomannut, että koko päivän aikana ei oltu kirjattu mitään potilaan telemetriaseurannasta, vaan hänen aikaisempaa yönä tekemänsä kirjaus on ollut viimeisin telemetriaseurannasta tehty kirjaus.

”Potilaalla oli TELE-seuranta. Hoitajan tullessa yövuoroon ei potilaalla olevasta sykkeen seurannasta oltu kirjattu koko päivänä mitään. Yöhoitaja oli itse viimeksi aamulla noin klo 6:30 kirjannut potilaan sykkeestä infoa potilastietojärjestelmään mutta aamuvuorosta eikä iltavuorosta ei oltu kirjattu mitään. Kirjauksista ei mitenkään näkynyt että potilaalla edes oli sykkeen seurantaa.”

Puuttuvaksi kirjaukseksi olemme merkinneet myös tilanteen, jossa lääkäri ei ole tehnyt tarvittavia lääkemuuoksia hoitajien pyynnöistä huolimatta. Hoitajat olivat pyytäneet lääkemuuoksia useampaan kertaan tuloksetta.

”Päivystävältä lääkäriltä pyydettiin muutamalle potilaalle lääkettä ja moneen kertaan kysyttiin, että laittaa koneelle. Koneella ei näy mitään...”

Eräessä ilmoituksessa laboratoriokokeiden näytteenottopyyntö on jäänyt tekemättä, jolloin se on luokassamme puuttuva kirjaus. Toisessa ilmoituksessa lääkärin määräykset ovat löytyneet sähköisestä potilastietojärjestelmästä, mutta laboratoriokokeet ovat tilaamatta, eli lääkärikierron asioita ei oltu viety loppuun saakka.

”4:n potilaan ed. päivänä klo 1630 määrätyt seuraavan aamun labrakokeet pyytämättä. Aamuhoitaja löysi ne määräyksistä nuijan takaa raporttia luokiessaan.”

Eräissä tilanteissa potilaalta on puuttunut kokonaan siirtoepikriisi, hoito-ohjeet, lähete, lääkelista tai seurantakaavake. Tällainen tilanne on suuri potilasturvallisuuden vaarantaja, sillä kaikki edellä mainitut sisältävät potilaan hoidon kannalta tärkeää tietoa.

”...Potilaalta puuttui myös siis verensokereiden seurantakaavake, joka osastolla käytössä. Kaavake luodaan yleensä potilaan saapuessa, kun luetaan tekstit...”

”potilas tuli osastolle ilman siirtoepikriisiä...”

5.4 Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöön liittyvä ongelma

Tämän luokan alle kuuluvien vaaratapahtumailmoitusten taustat ovat sähköisten järjestelmien ongelmissa. Näissä tilanteissa inhimillisten virheiden osuus on pieni, ja pääpaino on tietojärjestelmien vuoksi syntyneissä ongelmissa. Sähköisen potilastietojärjestelmään liittyviä ongelmia oli raportoitu aineistossamme kaikista vähiten. Aineistosta kaksi ilmoitusta koski lääkärin puuttuvia tunnuksia, joiden vuoksi he eivät voineet kirjoittaa asianmukaisia reseptejä tai allekirjoittaa sähköistä lähetettä. Muuten ongelmat liittyivät potilastietojärjestelmän käyttöön, kuten häiriöihin tai siihen ettei potilastietojärjestelmä toiminut odotusten mukaisesti tai lähete ei siirtynyt eteenpäin, vaikka olisi pitänyt.

Jylhän (2017, 53) väitöskirjassa tutkituista tiedonhallintaan liittyvistä HaiPro-ilmoituksista 19% johtui teknisestä ongelmasta. Yleisimmin teknisiä ongelmia ilmeni tiedonjake- lussa ja tiedonkäytössä. (Jylhä 2017, 53.) Soininen (2017) on todennut artikkelissaan, että sairaanhoitajien ja lääkäreiden mielestä suurin ongelma potilastietojärjestelmissä on tiedon huono kulku eri organisaatioiden välillä. Myös erilaiset käyttökatkokset ja järjestelmien toimimattomuus ovat yleisiä, ja tutkimukseen osallistuneista yli puolet kokivat ne ongelmiksi.

5.4.1 Tietotekninen ongelma

Ongelmia on aiheuttanut lääkärin puuttuvat kirjaustunnukset, jolloin hän ei ole päässyt käyttämään sähköistä potilastietojärjestelmää. Näin ollen lääkäri ei ole voinut tehdä asianmukaisia sähköisiä lääkemääräyksiä vaan kirjoittanut ne puhtaaksi tietokoneen tekstinkäsittelyohjelmalla.

”...jolloin lääkäri ilmoittaa, että hänellä ei ole tunnuksia voimassa, joten kirjoittaa koneella tulostettavan version lääkemuutoksista, jonka sitten sihteeri sanelisi koneelle...”

Häiriö potilastietojärjestelmässä on estänyt hoitajia muun muassa käyttämästä sähköisiä potilastietojärjestelmiä. Kansliassa on toiminut kaksi tietokonetta, jolloin kaikki hoitohenkilökunnan jäsenet eivät ole päässeet esimerkiksi lukemaan raporttia tai kirjaamaan potilaan vointia.

”Potilasjärjestelmässä häiriö. Fujutsi ei osannut kertoa keston ajasta...Kansliassa toiminut vain kaksi tietokonetta.”

Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöön liittyvän kohtalaisen haitan aiheutti tilanne, jossa potilaan lähete ei olekaan siirtynyt sähköisesti eteenpäin niin kuin olisi pitänyt. Tämä on viivästyttänyt potilaan hoidon aloittamista.

*”...ettei ATK:lle tehty lähete ollutkaan siirtynyt *** hematologialle...”*

Muita sähköiseen potilastietojärjestelmään liittyviä ongelmia olivat potilaan sisään kirjaamisen epäonnistuminen sekä tulostusongelma. Sisään kirjaaminen ei onnistunut, sillä lähettävä lääkäri ei päässyt sähköisesti allekirjoittamaan lähetettä potilastietojärjestelmään. Potilaan hoito olisi voitu aloittaa heti, kun hänet olisi saatu kirjattua sisään osastolle, mutta potilaan hoito viivästyi tietoteknisen ongelman vuoksi.

*”Potilas tuli, mutta potilasta ei saanutkaan sisään kirjoitettua, koska **:n lääkärin ei kertomansa mukaan päässyt allekirjoittamaan lähetettä mirandaan. Potilaan pulssi korkea, takapäivystäjä oli osastolla joten asiat hoituisivat ohjeiden osalta, kun vain saataisiin potilas sisäänkirjoitettua.”*

Tulostusongelmassa taas laboratoriopyynnöt oli tehty asianmukaisesti, mutta niiden tarroja ei saanut tulostettua koneelta. Pyyntöjä kokeiltiin tehdä lisää, mutta siitä huolimatta niitä ei saatu tulostettua.

” ...Pyyntöt tehty päivystyspyyntönä... ...pyyntö pitää tehdä uudestaan, koska se häviää labrassa jostain syystä... ...pyynnöt näkyivät labrahoitajalla, mutta hän ei saanut tarroja tulostettua... ...Kuitenkin koneella näkyi koko ajan, että pyyntöjä oli jo useampi...”

Nämä löydöksemme tukevat Soinisen (2017) tekemiä havaintoja. Usein nämä tietotekniset virheet eivät johdu inhimillisestä virheestä, vaan syynä voi olla järjestelmässä oleva häiriö tai virhe tai eri organisaatioiden välisen tiedonsiirron puute eri potilastietojärjestelmistä johtuen. Usein eri potilastietojärjestelmät eivät keskustele keskenään reaaliaikaisesti ja tämä aiheuttaa viiveitä, sekä mahdollistaa vaaratilanteita hoitoprosessissa. Parhaimmillaan potilastietojärjestelmät palvelisivat työntekijöitä tuottamalla aukotonta dataa, joka olisi reaaliaikaisesti käytössä, eikä hoitajien aikaa kuluisi esimerkiksi lausuntonjen tilaamiseen. (Helovuori ym. 2012, 72-73.)

Teknologian kehitys avaa uusia mahdollisuuksia potilasturvallisuuden kehittymiselle. Tämä kehitys tuo myös mukanaan uudenlaisia haasteita potilasturvallisuudelle ja altistaa uudenlaisille riskeille. Vaaratapahtumiin tulee kuitenkin varautua ennakkoon jokaisessa yksikössä ja tästä syystä pitäisi olla suunnitelma, että miten pääsee käsiksi kriittisiin potilastietoihin, kuten lääkitykseen ja riskitietoihin, silloinkin kun potilastietojärjestelmä on kaatunut. (Helovuori ym. 2012, 72-74.)

6 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastelemme tutkimuksen eettisyyttä, luotettavuutta, sekä tutkimuksemme tuloksia ja johtopäätöksiä. Tutkimustulostemme perusteella pohdimme aiheemme lisätutkimustarvetta.

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Halutessamme tutkimuksemme olevan eettisesti hyväksyttävä, tulee meidän noudattaa tutkimuseettisen neuvottelukunnan asettamia hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tutkijan tulee tuntea nämä eettiset käytännöt sekä noudattaa niitä koko tutkimuksen ajan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132-133.) Ensimmäinen hyvä eettinen toimintatapa on toimia tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen mukaisesti eli rehellisesti, huolellisesti ja tarkkuutta noudattaen (Hirsjärvi ym. 2013, 23-27). Toisena eettisenä toimintatapana on soveltaa tutkimuksen kriteerien mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Työssä täytyy ottaa myös huomioon muiden tutkijoiden työ ja kunnioittaa heidän työtään antamalla heidän saavutuksilleen niiden ansaitsema arvo. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132-133.)

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muiden tutkijoiden työn arvostaminen viittamalla lähteisiin asianmukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tavoitteenamme oli käyttää mahdollisimman tuoretta aineistoa. Olemme rajanneet aineistomme korkeintaan kymmenen vuotta vanhaan tietoon. Olemme saavuttaneet tavoitteen, koska vanhimmat lähteemme ovat tasan 10 vuotta vanhoja. Lähdeviitteet olemme pyrkineet merkitsemään asianmukaisesti Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisella tavalla.

Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti sekä tieteelliselle tiedolle tarkoitettulla tavalla (Hirsjärvi ym. 2013, 23-27). Asianmukaiset tutkimusluvut haettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä joulukuussa 2016. Toinen lupa tarvittiin, jotta saimme käsitellä sähköisenä tuotettuja potilastietoja eli HaiPro-ilmoituksia. Haimme myös organisaation ulkopuolisen tutkijan rekisteröintiä. Luvat haettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tiedekeskuksen johtajalta. Tutkimuslupahakemuksien liitteenä

oli hyväksytty tutkimussuunnitelmamme. Saatuamme asianmukaiset luvat aloimme perehtyä aineistoomme. Olemme laatineet opinnäytetyöllemme aikataulun, joka mukaan olemme toteuttaneet opinnäyteprosessiamme. Opinnäytetyömme olemme toteuttaneet Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen työn pohjaa ja ohjeita käyttäen.

Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen ja toteuttamiseen tulee olla hyväksyntä kaikilta tutkimukseen osallistujilta (Hirsjärvi ym. 2013, 23-27). Tutkimusaineistomme eli HaiPro-ilmoitukset ovat henkilökunnan tekemiä vaaratapahtumaraaportointeja vuodelta 2016. Tehdessään ilmoituksia he eivät ole tienneet, että ilmoituksia käytetään tutkimuskäyttöön. Näin ollen he ovat ilmoitusta tehdessään voineet ajatella sen päätyvän vain raporteja käsittelevien, eli tässä tapauksessa apulaisosastonhoitajan sekä sairaalan ylemmän tahon nähtäväksi. Jos ilmoittajat olisivat tienneet, että HaiPro-ilmoituksia käytetään tutkimukseen, olisi se saattanut vaikuttaa ilmoitusten sisältöön tai määrään. Toisaalta tutkimus toteutetaan täysin anonymisti, eikä HaiPro-ilmoitusten tekijää, tai vaaratilanteen tekijän henkilöllisyyttä voi tutkimuksen missään vaiheessa saada selville. HaiPro-järjestelmään ei myöskään kirjata ilmoituksen tekijän henkilöllisyyttä, jolloin tutkimussuostumusten hankkiminen kyseiseltä ilmoituksen tekijältä ei ole mahdollista.

HaiPro-ilmoituksista ei käy ilmi ilmoittajan tai tilanteeseen liittyvien ihmisten henkilöllisyyttä. Jos ilmoituksissa mainittiin esimerkiksi erisnimiä vastoin ilmoituksen ohjeistusta, olemme korvanneet ne ***-symbolein. Häivytimme myös raporteissa mainitut hoitajien eri ammattinimikkeet ***-merkkien taakse, jolloin ei eritellä oliko tapahtumaan liittyvä hoitaja lähi-, perus-, vai sairaanhoitaja. Näin ollen tilanteeseen liittyvien henkilöiden anonymiteetti pysyy suojattuna. Mahdollisen virheen tekijälle oman identiteetin paljastuminen voisi aiheuttaa turhaa häpeää, mikä ei ole tämän työn tarkoituksena.

Yksi tärkeä osa hyvää tieteellistä käytäntöä on siihen liittyvien tietoaineistojen tallentamisen asianmukaisella tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Saamamme aineisto on meillä sekä sähköisenä että paperisena tallessa siten, ettei muilla ole pääsyä niihin. Aineisto päivittyi ja siihen tuli lisäyksiä, kun olimme saaneet ensimmäisen version, joten käsiimme jäi ylimääräisiä kappaleita aineistoa. Nämä ylimääräiset kappaleet olemme hävittäneet asianmukaisesti muiden tietosuojapapereiden joukossa.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole yksiselitteistä ohjetta. Tutkimusta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Tällöin tutkimuksessa on tutkittu sitä mitä on luvattu ja tutkimustulokset ovat toistettavissa uusissa tutkimuksissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136-141.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös luotettavuuskriteerien kautta. Luotettavuuskriteerit voidaan jakaa neljään osa-alueeseen, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.) Seuraavissa kappaleissa avaamme tarkemmin näitä luotettavuuden kriteereitä perustellen kuinka ne toteutuvat työssämme.

Uskottavuutta opinnäytetyöhömmä lisää se, että meillä on ollut tarpeeksi aikaa syventyä aiheeseen. Olisimme myös voineet lisätä työmme uskottavuutta käyttämällä triangulaatiomenetelmää yhdistämällä kvantitatiivisen tutkimuksen kvalitatiiviseen tutkimukseemme, mutta tutkimuksemme laajuuden vuoksi emme triangulaatiomenetelmää voineet käyttää. Kylmän ja Juvakan (2007, 128) mukaan uskottavuutta voisi myös edellä mainittujen seikkojen lisäksi vahvistaa keskustelemalla tutkimusaiheesta muiden saman alan tutkijoiden kanssa. Emme ole keskustelleet kasvokkain muiden saman aiheen tutkijoiden kanssa, mutta olemme tutustuneet muihin Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetöihin samaan aiheeseen liittyen.

Analysoimamme aineisto piti sisällään 145 sisätautien vuodeosastolla tehtyä HaiPro-ilmoitusta sekä 7 kirurgiselta vuodeosastolta tehtyä ilmoitusta. Tästä voidaan päätellä, että joko sisätautien osastolla tapahtuu runsaasti vaaratapahtumia tai sitten kirurgian osastolla ei ilmoiteta kaikista tapahtumista. Voidaan kuitenkin todeta, että HaiPro-ilmoitusten suuri määrä ei ole suoraan verrannollinen siihen, että kyseisellä osastolla tapahtuu enemmän haittatapahtumia kuin toisella osastolla. Ilmoitusten suuri määrä kertoo enemmän siitä, että osastolla ollaan valveutuneita potilasturvallisuuden suhteen ja halutaan edistää sitä. (Pietikäinen, Ruuhilehto & Heikkilä 2010, 9-11.) Lisäksi ilmoitusten määrä tulisi suhteuttaa osastolla tehtyihin tutkimus- ja hoitotoimenpidemääriin sekä potilasmäärään (Pliit-Turunen 2017, 1469).

Kirurgisen vuodeosaston HaiPro-ilmoitusten määrän ollessa selkeästi pienempi kuin sisätautien vuodeosaston, voidaan ajatella, etteivät tulokset anna kattavaa kuvaa kirurgisen vuodeosaston vaaratapahtumista. Muutoin aineistoa voidaan pitää kuvaavana esittämään

sairaalassa esiintyviä kirjaamisen ja tiedonkulun vaaratapahtumia, sillä aineistosta löytyi monipuolisesti erilaisia kirjaamiseen ja tiedonkulkuun liittyviä HaiPro-ilmoituksia. Löydöksemme olivat myös linjassa Jylhän (2017) HaiPro-ilmoituksista saamiin tuloksiin.

Laadullisen tutkimuksen vahvistettavuuden kannalta on myös tärkeä kirjata tarkasti tutkimuksen vaiheet. Näin toinen tutkija voisi periaatteessa päätyä samoihin tuloksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Käytännössä tämä ei toteudu, sillä laadullisessa tutkimuksessa tutkija väistämättä tarkastelee tutkimaansa ilmiötä oman kokemusmaailmansa kautta. On joka tapauksessa tärkeää, että tutkijat pyrkivät käsittelemään kerättyä tietoa puolueettomasti ja luotettavasti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135-136.) Työssämme olemme pyrkineet aineiston neutraaliin käsittelyyn eivätkä mielipiteemme vaikuttaneet tutkimustulosten sisältöön tai esittämiseen. Osastot, joiden HaiPro-ilmoitukset saimme, eivät olleet meille etukäteen tuttuja. Täten meillä ei ollut mitään ennakkoluuloja tai käsitystä saamastamme aineistosta. Tämä osaltaan edesauttoi aineiston neutraalia käsittelyä.

Refleksiivisyys tutkimuksessa on sitä, että tutkija on tietoinen omasta vaikutuksestaan esimerkiksi aineistoonsa ja tutkimusprosessin kulkuun. Tämän vuoksi aineiston analyysi ja tutkimuksen vaiheet tulisi olla kuvattu tarkasti työssä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Näin olemme työssämme tehneet. Esimerkiksi aineiston analysoinnissa olemme käyttäneet taulukoita, joista käy ilmi muun muassa alkuperäisilmaisut ja kuinka olemme loppujen lopuksi luokitelleet ne. Lisäksi meitä oli kaksi analysoimassa aineistoa eri kokemusmaailmojemme kautta, jolloin käsitelimme aihetta eri näkökannoilta. Kahden tutkijan kautta olemme saaneet laajempaa perspektiiviä aineiston analysointiin, jolloin yhden tutkijan mielipiteet ja näkökannat eivät vaikuta tutkimuksemme tuloksiin.

Tuomin ja Sarajärven (2009, 141) mukaan luotettavuuden arvioinnissa tulee muistaa tutkijan ja tiedonantajan suhde. Tämän mukaan tulee siis mainita, annettiinko tiedonantajan kommentoida tuloksia ennen julkaisua sekä muuttivatko kommentit työtä. Lähetimme työmme keskeneräisenä apulaisosastonhoitajalle kommentoitavaksi. Hänen kommenttinsa perusteella muutimme työmme tuloskohtaa peittämällä lisää HaiPro-ilmoituksiin liittyvien henkilöiden ammattinimikkeitä. Sisällöllisesti tulokset eivät siis muuttuneet, mikä lisää työn luotettavuutta.

Viimeinen luotettavuuden kriteeri on siirrettävyys, eli tulosten tulisi olla siirrettävissä muihin samankaltaisiin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Työssämme tämä toteutuu siten, että työssämme esitellyt kehitysehdotukset ovat sovellettavissa muihinkin terveydenhuollon ympäristöihin.

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää millaisia HaiPro-vaaratapahtumailmoituksia kirjaamiseen ja tiedonkulkuun liittyen oli tehty. Kiinnostuksen kohteena olevissa yksiköissä tämänkaltaisia HaiPro-ilmoituksia tehtiin vuoden aikana yhteensä 84 kappaletta. Tuloksista nousi esiin, että suurin osa oli sellaisia vaaratapahtumia, joissa kirjaukset pitivät sisällään virheellistä tai vanhentunutta tietoa tai kirjaukset oli tehty epäasianmukaisesti. Näistä eniten puutteita oli lääkehoidon asianmukaisessa kirjaamisessa tai tiedon välittämisessä. Tämä tukee Tammisen ja Metsävainion (2015, 339-340) tekemiä huomioita hoitohenkilökunnan välisen viestinnän puutteista. Heidän mukaansa potilailta hoitoon liittyvistä tiedoista jää usein puuttumaan juuri muun muassa lääkitystiedot. Myös muussa kirjallisuudessa esitettiin, että lääkekirjauksiin liittyviä vaaratapahtumia tunnistettiin ja raportoitiin runsaasti (Ruuhilehto ym. 2011, 1033-1040; Jylhä 2017, 44, 59).

Tuloksissamme esiintyneet tiedonkulun ongelmat olivat pääosin suullisia. Tällaisia vaaratilanteita syntyi muun muassa, kun jätettiin informoimatta jokin oleellinen tieto potilaasta. Jylhän (2017, 58) HaiPro-vaaratapahtumailmoitusaineistossa suullisia tiedonkulun ja kommunikaation ongelmia oli toiseksi eniten. Jylhän tulosten perusteella suullisia tiedonkulun vaaratilanteita syntyi muun muassa, kun potilaaseen liittyvä tieto ei siirtynyt tai kun siirrettiin virheellistä tietoa. Myös kommunikaation ongelmat, kuten väärinymmärrykset aiheuttivat tiedonkulun vaaratilanteita. Inhimillisten unohdusten syntymistä ennaltaehkäisisi esimerkiksi ISBAR-raportointityökalun käyttö (Helovuori 2012, 26). Sen mukaan edetessä tulisi käytyä läpi niin potilaan nykyinen vointi, lääkitykset, perussairaudet kuin mahdollinen tartuntavaara.

Tuloksistamme virheelliset kirjaukset liittyivät usein väärän tiedon kirjaamiseen tai vanhentuneen potilastiedon käyttöön. Potilaan hoitoa on siis alettu toteuttaa vanhentuneiden tietojen perusteella käyttämällä esimerkiksi lääkekorttia, joka ei ole ajantasainen. Jylhän (2017, 171) analysoiman HaiPro-aineiston perusteella kirjallisen tiedon jakamisvaiheessa

suurin osa virheistä johtuu virheellisen tiedon jakamisesta sekä potilaan hoidon kannalta tarpeellisen tiedon poisjättämisestä. Tämä tukee löydöksiämme, sillä tuloksistamme nousi esiin runsaasti virheellisiä kirjauksia sekä kokonaan puuttuvia tai vajavaisia kirjauksia. Myös Tammisen ja Metsävainion (2015, 339-340) artikkelissa kuvataan, että yleisesti potilaan tietoja siirrettäessä jätetään pois esimerkiksi arvio potilaan nykyisestä voinnista sekä jatkohoito-ohjeet.

Tuloksistamme nousi esiin muutamia sähköisen järjestelmän ongelmia. Näistä yksi oli sellainen, joka olisi ollut ennaltaehkäistävässä siten, että henkilökunnan jäsen olisi pyytänyt sähköisten tunnustensa päivittämistä. Muut johtuivat yllättävistä tietoteknisistä ongelmista, jotka eivät olleet ennustettavissa. Kaatuilevien potilastietojärjestelmien ja käytökatkojen on todettu olevan yleisiä ongelmia hoitajan työssä (Soininen 2017). Tämän vuoksi niihin tulisikin varautua erillisellä ohjeistuksella.

Osassa saamastamme aineistosta HaiPro-ilmoituksen tapahtuman kuvaus -kohtaan oli selitetty vaaratapahtuman syntyyn vaikuttaneita tekijöitä. Suuressa osassa näistä tekijöistä tapahtuman kirjannut henkilö oli selittänyt tapahtunutta vaaratapahtumaa kiireellä ja työtekijöiden vähyydellä. Monessa oli myös nostettu esiin, että vaaratapahtuman tapahtumisen aikana tapahtumaan liittyvällä henkilöllä oli opiskelija ohjattavana. Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttaa siis olemassa olevat henkilöstöresurssit. Kun resurssit kohdennetaan oikein, saadaan potilaiden tarpeet tyydytettyä, mutta jos hoitajat joutuvat tekemään ylitoita ja resurssit ovat riittämättömiä, niin sillä on suora yhteys hoitajien uupumiseen ja sairauslomien lisääntymiseen. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus ja perehdytys sekä opiskelijoiden ohjaus vievät aikaa ja ovat pois suorasta hoitotyöstä. Hoitajien työoloihin vaikuttaa siis vahvasti työuupumus, vaihtuva henkilökunta ja resurssien vähyys. (Tenhonen 2012, 25-27.)

Stressi esimerkiksi resurssien riittämättömyydestä aiheuttaa tarkkaavaisuuden häiriöitä, joka johtuu siitä, että ihminen luontaisesti keskittää osan huomiosta sisäisiin tuntemuksiin. Tämän seurauksena työntekijä on entistä alttiimpi virheille. Hoitotyössä myös huoli toisen ihmisen terveydestä nostaa stressitasoa huomattavasti. (Helovuo ym. 2012, 75-81.) Muita tekijöitä erityisesti lääkityspoikkeamatilanteissa on Poukan (2012, 11-14) pro gradu- tutkielmassa esitetty useita. Näitä ovat tarkkaavaisuuden häiriöiden lisäksi esimerkiksi kiire, stressaava työympäristö, taloudelliset paineet, resurssipula, väsymys sekä kova työtahti. Nämä tukevat tuloksista esiin nousseita huomioitamme, joilla työntekijät

ovat selittäneet vaaratapahtumia. Yksiköissä tulisikin olla tietoisia tämänkaltaisista potilasturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä.

HaiPro-ilmoituksista ei selvinnyt suurimmassa osassa tapauksia, että kuka on tehnyt ilmoituksen. Ei voida siis sanoa varmasti, että onko ilmoituksen tehnyt vaaratapahtuman aiheuttanut henkilö vai vaaratapahtuman huomannut työntekijä. Voidaankin pohtia, onko vaaratapahtuman aiheuttaneella henkilöllä suurempi kynnys tehdä HaiPro-ilmoitus itseltään vai onko helpompaa tehdä ilmoitus kollegasta.

Koska kahdelta samankaltaisesti toimivalta osastolta on ilmoitettu näin eriävä määrä vaaratapahtumia, niin jää epäselväksi, että ilmoitetaanko kaikkia vaaratapahtumia eteenpäin vai jääkö osa vain siihen osallisten tietoon. Kirjaamiseen ja tiedonkulkuun liittyen ilmoituksia olisi saattanut olla vähän, koska tämän tyylliset vaaratapahtumat ovat usein myötävaikuttavia tekijöitä ja näin ollen vaikeammin tunnistettavissa kuin esimerkiksi suoraan potilaaseen tai työntekijään kohdistuva väkivaltaisuus tai muu vaaratilanne (Helovuo, Kinnunen, Kuosmanen & Peltomaa 2015, 8-12). Näin ollen osa tämän kaltaisista vaaratapahtumista saattaa jäädä tunnistamatta ja raportoimatta. HaiPro-ilmoituksen teko on yleensä työnantajan suositus ja sitä kautta vapaaehtoista, joten tästäkin syystä osa todellisista vaaratapahtumista voi jäädä raportoimatta. Raportointi vie myös aikaa potilastyöstä, jolloin resurssipulassa aikaa HaiPro-ilmoituksen tekemiseen voi olla vaikea löytää.

Aineistomme oli opinnäytetyön aineistoksi laaja, joten saimme kattavan ja todenmukaisen kuvan kirjaamiseen ja tiedonkulkuun liittyvistä vaaratapahtumista. Yhteistyöosastomme vaikuttaisi olevan hyvin valveutunut potilasturvallisuuden suhteen ja sitoutunut sen edistämiseen, kun he tunnistavat myös vaaratilanteisiin myötävaikuttavat tekijät. Lisäksi hyvään turvallisuuskulttuuriin kuuluu, että työyhteisöissä käydään virheet säännöllisesti läpi tuomitsematta. Esimiesten olisi hyvä pitää ilmapiiri kannustavana, jotta virheiden esiin tuominen olisi helppoa. Vaaratapahtumat tulisi käsitellä niin, että niille ei etsitä syyllistä, vaan yritetään ennemminkin pohtia syitä tapahtumaan sekä keinoja välttää ne jatkossa. Vaaratapahtumista tulisi pystyä puhumaan työyhteisössä avoimesti, koska on selvitetty, että jo huoli potilasturvallisuuden vaarantumisesta lisäsi vaaratapahtumailmoitusten tekoa. (Helovuo ym. 2012, 147-155.)

Tärkeäksi kysymykseksi myös nousee: onko vaaratapahtumailmoituksen tekemisestä hyötyä. Vaaratapahtumista oppiminen riippuu täysin HaiPro-ilmoitusten tekemisen aktiivisuudesta. Näistä ilmoituksista oppiminen riippuu myös ilmoituksen käsittelijän ammattitaidosta sekä kyvystä analysoida tapahtuma. Hyvä keino käsitellä vaaratapahtumailmoituksia on kiinnittää huomiota koko vaaratapahtumaprosessiin. Yksilötasolla vaaratapahtuman huomanneen henkilön tulee tuoda huomionsa aktiivisesti esiin ja tapahtumalle tulee etsiä syytä. Syyllisten etsiminen ei ole kuitenkaan tarpeen. Kaikki työntekijät ovat ihmisiä ja kaikille voi sattua virheitä. (Helovuori ym. 2012, 147-155.)

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että useimmat HaiPro-vaaratapahtumat olisivat ennaltaehkäistävissä, jos kirjaamiseen ja tiedonkulkuun panostettaisiin muun muassa ohjeistamalla henkilökuntaa. Sähköisten tietojärjestelmien ongelmiin ei välttämättä voida vaikuttaa etukäteen, mutta yksiköllä tulisi olla ohjeistus, jonka mukaan toimitaan esimerkiksi tietojärjestelmien kaatuessa. Runsaasti ongelmia voitaisiin myös ehkäistä, jos luovuttaisiin käsin kirjaamisesta. Näin ollen tietokatkokset potilaan hoidosta vähenisivät, kun tieto olisi kaikkien sähköisesti ja reaaliaikaisesti tarkasteltavissa.

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimus

Potilasturvallisuus on niin tärkeä aihe, että sitä on aina syytä tutkia lisää. Tämän vuoksi kirjaamiseen ja tiedonkulkuun liittyviä ongelmia tulisi tutkia, jotta niitä opittaisiin tunnistamaan paremmin. Vaaratapahtumia aiheuttaneiden tilanteiden tunnistaminen on ensiaskel niiden ennaltaehkäisyyn. Työssämme olisi ollut kiinnostavaa tutkia esimerkiksi miten tällaiset vaaratapahtumat olisivat HaiPro-ilmoittajan mielestä estettävissä? Valitettavasti tätä kohtaa ei oltu täytetty kaikissa ilmoituksissa. Olisi myös mielenkiintoista tutkia vähentäisivätkö yksikkökohtaiset raportointi- ja kirjaamisohjeet vaaratapahtumien syntyä. Koemme myös tärkeäksi lisätutkimukset siitä, että kuinka paljon vaaratapahtumia jää raportoimatta ja onko HaiPro-ilmoituksen tekemisestä suoranaisesti hyötyä vaaratapahtumien ehkäisyssä.

Työssämme olisi lisäksi voinut kvantitatiivisin menetelmin analysoida kuinka vakavia vaaratapahtumia tiedonkulun ja kommunikaation ongelmat aiheuttivat. Olivatko vaaratapahtumissa siis enemmän esimerkiksi läheltä piti -tilanteita, potilaalle tapahtuneita lieviä vaaratapahtumia vai vakavan haitan aiheuttaneita tilanteita.

LÄHTEET

- Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö: Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Ensio, A. 2008. Potilaskertomuksen tietoturvaratkaisut. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY, 135–143.
- Ensio, A. & Häyrinen, K. 2008. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattiseen kirjaamiseen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY, 67–74.
- Ervast, M. 2013. ISBAR, suullisen raportoinnin potilasturvallisuustyökalu. Teoksessa Ilola, T., Heikkinen, K. & Alakoski, T. (toim.) Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Duodecim.
- HaiPro 2015. Potilasturvallisuusilmoituksen täyttöohje, 2-6.
- Helovu, A. 2012. Potilasturvallisuus edellyttää avointa viestintää. Sairaanhoidaja 85 (2), 25-26.
- Helovu, A. Kinnunen, M. Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita.
- Helovu, A., Kinnunen, M., Kuosmanen A. & Peltomaa, K. 2015. Näkökulmia potilasturvallisuusriskien arviointiin. Teoksessa Helovu, A. Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. (toim.) Potilasturvallisuus ja riskien hallinta – opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. Helsinki: Edita Prima Oy, 8-12.
- Henkilötietolaki 22.4.1999/523
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy
- Häyrinen, K. & Ensio, A. 2008. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY, 97–111.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro.
- Inkinen, R. Volmanen, P. & Hakoinen, S. (toim.) 2016. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. THL. Tampere: Juvenes Print.
- Jylhä, V. 2017. Information management in health care. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Kinnunen, M., Aaltonen L-M. & Malmström, P. 2013. Vaaratapahtumien raportointi. Teoksessa Aaltonen L-M & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu. Helsinki: Yliopistopaino.

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Sipoo: Silverprint.

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 9.2.2007/159

Laukkanen, L., Lehti, T., Hassinen, T. & Hupli, M. 2012. Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Turku: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisu.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Linden-Lahti, C. Airaksinen, M. Pennanen, P & Käyhkö, K. 2009. Vakavat lääkityspoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena. Suomen lääkärilehti 64 (41), 3429-3434.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M., & Rasimus, M. 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Nykänen, P. & Junttila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

Pekkala, E. 2008. Näyttöön perustuva kirjaaminen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY, 48-54.

Pelander, T. & Kirjonen, S. 2011. Asiantuntijana terveystieteen muuttuvilla työmarkkinoilla. Raportoinnin kehittäminen. Raportissa von Schantz, M., Toivonen, H. & Lind, K.(toim.). Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 22-32.

Pietikäinen, E. Ruuhilehto, K. & Heikkilä, J. 2010. Vaaratapahtumista oppiminen – opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. VTT:n tutkimusraportti. Tampere: VTT.

Pliit-Turunen, M. 2017. Potilasvahinkoilmoitusten määrä on kasvanut. Suomen lääkärilehti 72 (23), 1469.

Poukka, J. 2012. Lääkityspoikkeamatilanteisiin yhteydessä olevat tekijät terveystieteiden vuodeosastolla hoitajien kuvaamana. Pro Gradu- tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto

Rautava-Nurmi, H. Westergård, A. & Henttonen, T. 2014. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro.

- Roivas, M. & Karjalainen, A. 2013. Sosiaali- ja terveystieteen viestintä. Helsinki: Edita.
- Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. 2011. HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007-2009? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127 (10), 1033-1040.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2015. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro.
- Saranto, K. & Ikonen, H. 2008. Hoitotiedon välittäminen toimintayksikössä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY, 157-166.
- Scovell, S. 2010. Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing standard* 24 (20), 35-39.
- Soininen, M. 2017. Sairaanhoidajat moittivat potilastietojärjestelmiä samalla tavalla kuin lääkärit. *Suomen lääkäri-lehti*. Luettu 23.8.2017 <http://www.laakari-lehti.fi.elib.tamk.fi/ajassa/ajankohtaista/sairaanhoidajat-moittivat-potilastietojarjestelmia-samalla-tavalla-kuin-laakarit/>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Potilasturvallisuus. Luettu 21.8.2017 <http://stm.fi/potilasturvallisuus>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 6.4.2011/341
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä: Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.
- Stakes & Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2007. Potilasturvallisuussanasto ja lääkehoidon turvallisuussanasto.
- Suomen lääkäri-lehti. 2014a. Kerro, kysy, kuittaa – tiimityöllä potilasturvallisuutta. *Suomen lääkäri-lehti* 69 (43), 2811-2812.
- Suomen lääkäri-lehti. 2014b. Katkennut hoitoketju. *Suomen lääkäri-lehti* 69 (15), 1161-1162.
- Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finnanest* 48 (4), 338-343.
- Tantt, K. 2008. Tiedon jatkuvuus hoito- ja palvelukokonaisuudessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY, 167-171.

Tenhonen, T. 2012. Hoitotyön henkilöstömitoitus perusterveydenhuollossa. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Keskeiset toimijat. Luettu 20.6.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/keskeiset-toimijat>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Käsitteet. Luettu 21.02.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/turvallinen-laa-kehoito/tyokaluja/kasitteet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Tampere: Juvenes Print.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma. Luettu 2.9.2017 https://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Helsinki. Luettu 22.8.2017 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. 2015. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Osa I. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

World Health Organization. 2011. Patient safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition, 94.