

Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntäminen potilasturvallisessa hoitotyössä: selvitys hoitohenkilös- tön kokemuksista ja haasteista

Anu-Liina Airas, Kristiina Kettunen & Minna Muranen

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntäminen potilasturvallisessa hoitotyössä: selvitys hoitohenkilöstön kokemuksista ja haasteista

Anu-Liina Airas, Kristiina Kettunen,
Minna Muranen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu 2018

Anu-Liina Airas, Kristiina Kettunen & Minna Muranen

Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntäminen potilasturvallisessa hoitotyössä: selvitys hoitohenkilöstön kokemuksista ja haasteista

Vuosi 2018 Sivumäärä 40

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Riistavuoren Monipuolisen palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksia ja mahdollisia haasteita liittyen Haipro-raportointijärjestelmän käyttöön turvallisessa hoitotyössä. Tavoitteena oli osallistua yhteistyökumppanin potilasturvallisuuden kehittämiseen tuottamalla tietoa Haipro-raportointijärjestelmän käytön nykytilasta sekä mahdollisista haasteista toteuttamalla kysely hoitohenkilöstölle palvelukeskuksen eri osastoilla. Helsingin kaupungilla on mahdollisuus tulosten perusteella arvioida HaiPro-raportointijärjestelmän käytön tehokkuutta sekä hyödyntämistä kokonaisvaltaisemmin. Tarvittaessa Helsingin kaupunki voi muokata tämän myötä käytäntöjään turvallisen potilastyön kehittämiseksi.

Teoreettisena taustana opinnäytetyössä käytettiin näyttöön perustuvia sähköisiä lähteitä, kirjallisuutta sekä tutkimustietoa koskien potilasturvallisuutta, lainsäädäntöä, vaaratapahtumien raportointia sekä Haipro-raportointijärjestelmää.

Tutkimuksessa käytettiin määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineistona käytetty kyselylomake sisälsi strukturoituja kysymyksiä ja yhden avoimen kysymyksen. Vastaajat saivat myös halutessaan tarkentaa vastauksiaan. Kohderyhmänä oli Riistavuoren monipuolisen palvelukeskuksen hoitohenkilöstö (N=93) kuudelta eri osastolta. Tutkimustulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttämällä tietoteknistä SPSS- tilastollista ohjelmaa.

Lopullinen hoitohenkilöstön vastausmäärä kyselyyn oli 57, jolloin vastausprosentti oli 61,29%. Opinnäytetyön tulokset esiteltiin Riistavuoren Monipuolisen palvelukeskuksen johtavalle hoitohenkilöstölle.

Kyselyn tulosten perusteella hoitohenkilöstö koki, että vaaratapahtumailmoituksia tulisi käydä läpi säännöllisesti nykyistä enemmän. Konkreettisia muutoksia Haipro-ilmoitusten perusteella ei useiden vastaajien mielestä tehty. Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntäminen potilasturvallisuuden edistämässä jakoi vastaajien mielipiteitä. Tuloksista kävi myös ilmi perehdyttämisen tärkeys. Suurin osa koki oppineensa Haipro-raportointijärjestelmän käytön muualla kuin työyksikössään. Yleisimmät haasteet Haipro-ilmoitusten tekemiselle olivat tutkimuksen mukaan ajan puute, unohdus sekä puutteellinen tiedonkulku. Ilmoituksia tehtiin hyvin asiakkaan kaatuessa, lääkepoikkeamatilanteissa ja väkivaltatapauksissa. Syyllistämistä ilmoituksiin liittyen ei vastaajien keskuudessa koettu olevan. Haipro-raportointijärjestelmää osattiin käyttää kattavasti ja lähes kaikki kokivat saavansa apua ilmoituksen tekoon tarvittaessa.

Asiasanat: potilasturvallisuus, lainsäädäntö, vaaratapahtumat, vaaratapahtumien raportointi, Haipro-raportointijärjestelmä

Anu-Liina Airas, Kristiina Kettunen & Minna Muranen

Utilisation of Haipro reporting system in safe patient care - a report on nursing staff's experiences and challenges.

Year	2018	Pages	40
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to study nursing staff's experiences and possible challenges concerning the use of Haipro reporting system in safe patient care in Riistavuori Comprehensive service centre. The aim was to participate in the collaborator's improvement of patient safety by producing knowledge of the current state of use of Haipro reporting system, and of the possible challenges, by carrying out a questionnaire with the nursing staff in different wards of the service centre. With the results, the city of Helsinki has an opportunity to evaluate the efficiency and overall utilisation of Haipro and modify practices to improve safer patient care, if required.

Evidence-based e-references, literature and studies about patient safety, legislation, adverse event reports and Haipro reporting system were used as the theoretical background of the thesis.

The method used in this thesis was quantitative. The questionnaire which was used to gather data included structured questions and one open-ended question. The respondents could clarify their answers if they wanted to. The target group was Riistavuori Comprehensive service centre's nursing staff (N=93) from six different departments. The resulting data was analysed with statistical methods with SPSS statistical software.

The nursing staff's final response rate was 57, thus the reply percentage was 61,29%. The results of this thesis were presented to the head nursing staff of Riistavuori Comprehensive service centre.

Based on the results of the questionnaire the nursing staff experienced that reports of adverse events should be considered more than is currently done. Most of the respondents thought that concrete changes have not been carried out based on Haipro reports. The utilisation of Haipro reporting system in safe patient care divided the opinions of the respondents. Introduction to using Haipro reporting system turned out to be important. Most of the respondents felt that they had learned to use Haipro reporting system somewhere else than in their working unit. The most common challenges in making Haipro reports were the lack of time, forgetting and deficiencies in communication. Reports were made frequently of residents falls, of adverse drug events and of acts of violence. The respondents did not have experiences of feeling blamed. Using Haipro reporting system was well known and almost everyone felt that they could ask for help for using the reporting system if needed.

Keywords: Patient safety, legislation, adverse events, reporting of adverse events, Haipro reporting system

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoreettinen tausta.....	7
2.1	Potilasturvallisuus	7
2.2	Potilasturvallisuutta koskeva lainsäädäntö	9
2.3	Vaaratapahtumien raportointi	12
2.4	Haipro-raportointijärjestelmä	15
3	Työelämäkumppani	17
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	18
5	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat	19
5.1	Kvantitatiivinen tutkimus.....	19
5.2	Kohdejoukko	20
5.3	Aineistonkeruu.....	20
5.4	Aineiston analyysi	22
6	Tutkimuksen tulokset	24
6.1	Vastaajien taustatiedot	24
6.2	Hoitohenkilöstön kokemukset Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntämisestä potilasturvallisessa hoitotyössä	24
6.3	Hoitohenkilöstön haasteet Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntämisestä potilasturvallisessa hoitotyössä	28
6.4	Vastaajien kehittämisehdotuksia Haipro- raportointijärjestelmän käytöstä	29
7	Pohdinta.....	29
7.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	29
7.2	Tulosten tarkastelu	30
7.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	31
	Lähteet	33
	Kuviot	37
	Taulukot	37
	Liitteet	38

1 Johdanto

Potilasturvallisuuden parantaminen on hoitotyössä aina ajankohtainen asia. Hoitotyön ympäristö ja sen käytännöt kehittyvät jatkuvasti. Raportoidut virheet ja mahdolliset muut ongelmatilanteet tuovat arvokasta tietoa yksikölle, jolloin havaitaan missä on kehittymisen tarvetta. (Kinnunen, Aaltonen & Malmström 2013, 259.) Potilasturvallisuutta lisäämään on kehitetty erilaisia raportoivia tietoteknisiä järjestelmiä, kuten Haipro-raportointijärjestelmä (Kinnunen ym. 2013, 260).

Hoitoyksikössä tapahtuneita Haipro-ilmoituksia tulisi käsitellä säännöllisesti työyhteisössä ja tarvittaessa muuttaa toimintatapoja ilmoitusten perusteella. Ilmoitusten läpikäyminen organisaation näkökulmasta, ketään syyttelemättä, tuo työyhteisön jäsenille mahdollisuuden vaikuttaa potilasturvallisuuden toteutumiseen. Potilasturvallisuus on hoitoyksikön yhteinen hoitotyön laatua määrittävä tekijä. Haipro-raportointijärjestelmän tarkoituksena on tuoda tapahtuneita asioita tietoon myös muille toimijoille, jotka omalta osaltaan taas vaikuttavat hoitotyön kehitykseen. (Kinnunen ym. 2013, 258-259.)

Aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa on käsitelty hoitohenkilöstön kokemuksia potilasturvallisuudesta ja vaaratapahtumien raportoinnista nousee esiin ilmoitusten läpikäymisen, avoimen ja syyllistämättömän ilmapiirin sekä perehdyttämisen tärkeys. Henkilöstön perehdyttäminen sekä kouluttaminen ovat tärkeässä asemassa vaaratapahtumista raportoisessa sekä potilasturvallisuuden sekä toimivan turvallisuuskulttuurin kehittämisessä. Henkilöstön kyky tunnistaa toimintaympäristönsä kehittämiskohteita ennaltaehkäisee tutkimuksen mukaan vaaratapahtumien syntymistä. (Rauhala ym. 2018.) Vaaratapahtumia voitaisiin välttää tai ainakin vähentää parantamalla henkilöstön välistä tiedonkulkua sekä kommunikointia (Härkänen, Turunen, Saano & Vehviläinen-Julkunen 2012). Vaaratapahtumailmoitusten läpikäyminen yhdessä auttaa työyhteisöä kehittämään yksiköiden toimintaa ja näin ollen parantamaan potilasturvallisuutta (Sarste 2012).

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia ja mahdollisia haasteita liittyen Haipro-raportointijärjestelmän käyttöön turvallisessa hoitotyössä. Tavoitteena oli osallistua yhteistyökumppanin potilasturvallisuuden kehittämiseen, tuottamalla tietoa Haipro-raportointijärjestelmän käytön nykytilasta sekä mahdollisista haasteista.

Opinnäytetyö on osa Laurea ammattikorkeakoulun Ohjaus hoitotyössä-hanketta. Yhteistyökumppanina toimi Helsingin kaupungin vanhuspalveluiden yksikkö Riistavuoren Monipuolinen palvelukeskus. Opinnäytetyön tutkimuksen aineisto kerättiin hoitohenkilöstölle suunnatulla kyselyllä. Kyselyn sisältö pohjautui aikaisempiin tutkimuksiin sekä tutkittuun teoretiseen tietoon.

2 Teoreettinen tausta

2.1 Potilasturvallisuus

”Turvallinen hoito on vaikuttavaa, se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan”
(Sosiaali- ja terveysministeriö 2017).

Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa hoitopaikassaan tarvitsemaansa laadukasta ja oikeaa hoitoa mahdollisimman vähäisillä haitoilla. Laajemmin tarkasteltuna potilasturvallisuus varmistetaan hoitopaikan periaattein ja toimintakäytäntein, jotka turvaavat annetut terveydenhoidolliset palvelut. Toimintakäytäntöjä kehitetään ja tutkitaan palvelujen turvallisuuden takaamiseksi. Sairauksien ehkäisy, diagnostiikka, hoito ja kuntoutus sekä lääkitysturvallisuus ovat osa potilasturvallisuutta. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011, 7.) Lakiasetukset ja -säädökset huolehtivat potilasturvallisuuden ja hoitotyön riittävän laadun toteutumisesta. Laki edellyttää, että toimintayksikkö laatii suunnitelman potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan täytäntöönpanosta. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011, 7, 8.)

Potilasturvallisuus sisältää hoito-, laite- ja lääkehoidon turvallisuuden. Hoitoturvallisuus pitää sisällään hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuuden, laiteturvallisuus sisältää laitteiden ja niiden käytön turvallisuuden, lääketurvallisuus käsittää lääke- ja lääkitysturvallisuuden. Vaaratapahtuma jaetaan tapahtuneen mukaan läheltä piti-tapahtumaan ja haittatapahtumaan. Näistä ensimmäisessä ei ole tapahtunut haittaa potilaalle. Haittatapahtumatkin ovat usein lieviä, mutta niiden seuraukset voivat myös olla pysyvää haittaa aiheuttavia. Vaaratapahtumien raportoinnin tarkoituksena on estää saadun tiedon kautta vastaavat virheet jatkossa. (Kinnunen & Helovuori 2017.) Tutkimusten mukaan haittatapahtumia voitaisiin ehkäistä ennakoimalla riskejä, toiminnan seurannalla ja kyseisistä tapahtumista oppimalla (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011, 10). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin vuoden 2016 potilasturvallisuusraportin mukaan vaaratapahtumailmoituksista 58% käsitteli potilaalle tapahtunutta haittatapahtumaa ja 42% ilmoituksista tehtiin läheltä piti-tapahtuman vuoksi. (HUS 2016.)

Terveydenhuoltoala ja yleisesti hoitoala on jatkuvasti kehittyvä toimintaympäristö potilasturvallisuuden kannalta. Esimerkiksi lääketeollisuus ja hoivateknologia ovat alati kehittyviä ja alaan vaikuttavia osa-alueita. Näiden hallinta vaatii potilasturvallisuuden kannalta jatkuvaa kehittymistä, sillä vakavia haittatapahtumia sattuu myös Suomessa. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9, 10.) Kansainvälisesti arvioidaan joka kymmenennelle tapahtuvan hoitovahinko ja joka sadannelle haitta on ollut vakava sekä joka tuhannennelle on aiheutunut joko pysyvä haitta tai kuolema (Kotisaari & Kukkola 2012, 63).

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä laati vuosille 2009 - 2013 tavoitteellisen potilasturvallisuusstrategian, jonka päätavoitteita olivat potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen, ennakointi ja oppiminen potilasturvallisuuden hallintakeinoina, vaaratapahtumista raportointi ja niistä oppiminen, potilasturvallisuuden edistäminen riittävin resurssein ja suunnitelmin sekä potilasturvallisuuden lisääminen terveydenhuollon tutkimuksiin ja opetukseen. (Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos 2011, 8.) Uusin sosiaali- ja terveysministeriön potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia vuosille 2017-2022 tarkastelee laatua sekä potilas- ja asiakasturvallisuutta turvallisuuskulttuurin, vastuun, johtamisen sekä säädösten näkökulmista. Tavoitteena on yhtenäisen turvallisuuskulttuurin kehittäminen ja edistäminen sosiaali- ja terveysalalla. Strategia näkee turvallisuuden kehittämiseen myös mahdollisuuksia tulevan sote- ja maakuntauudistuksen kannalta, esimerkiksi toimintojen yhtenäistämisen ja laadun parantamisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Toimintayksikön laadittu potilasturvallisuussuunnitelma määrittää vastuuhenkilöt ja -alueet, johtamisen käytännöt joilla on vaikutusta potilasturvallisuuteen, turvallisuuskulttuurin, henkilöstön osallistumisen ja perehdyttämisen sekä koulutuksen, potilaiden ja heidän läheistensä osallistumisen, hoitosuunnitelman merkityksen, haittatapahtumien käsittelyn, turvallisuus- ja laadunhallinta-asiakirjat (turvallisuus- ja lääkehoitosuunnitelma), infektioiden torjunnan, turvallisuusriskien hallinnan ja dokumentoinnin sekä tiedonkulun, raportoinnin ja alueellisen yhteistyön. (Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos, 2011, 11.) Vaaratapahtumia raportoidaan Suomessa monin paikoin Haipro-tietoteknisen työkalun avulla, jota on tarkoitus käyttää yksiköissä toiminnan potilasturvallisuuden kehittämiseen (Awanic Oy 2016).

Potilasturvallisuuteen vaikuttavat potilas itse, hoitohenkilöstö sekä toimintaympäristö. Potilasturvallisuuden toteutumisen päävastuu on kuitenkin terveydenhuoltoalan ammattihenkilöillä. Erityisesti lääkehoidon alueella tapahtuu virheitä. Yleisiä ovat myös laitehäiriöt ja muut niihin liittyvät ongelmat sekä poikkeamat hoitoprosessissa. (Kinnunen & Helovuori 2017.) Tarkasti kirjatut ja siirretyt potilaiden kliiniset tiedot kotiuttaessa tai sisäisissä siirroissa ovat olennainen osa turvallisen hoidon jatkumista ja potilasturvallisuutta (Jylhä, Bates & Saranto 2016, 165). Erilaisten tarkistuslistojen, varmistusrutiinien sekä selkeän ja varmistavan viestinnän käytön on todettu olevan tarpeellista turvallisessa hoitotyössä. Myös työrauhan antaminen on erityisen tärkeää, kun toimitaan keskittymistä vaativissa tehtävissä. (Kinnunen & Helovuori 2017.) Hoitohenkilökunnan osaamisen ja riittävien resurssien vastuu on johtamisella. Työntekijä huolehtii myös itse osaamisensa ajantasaisuudesta ja kehittämisestä työssään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 22.)

Toimiva turvallisuuskulttuuri vähentää tapaturmien määrää hoitotyössä. Tärkeä osa turvallisuuskulttuuria on riskien hallinta. Toimivan turvallisuuskulttuurin rakentuminen vaatii panostusta työntekijöiden lisäksi myös johdolta. Johdon kyky hallita riskejä on yksi tärkeimmistä

elementeistä hyvän turvallisuuskulttuurin muodostumiselle niin henkilöstön kuin potilaankin näkökulmasta. Riskienhallinnassa on useita osa-alueita, joita johdon on huomioitava. Johdon tehtävänä on muun muassa varmistaa työympäristön turvallisuus, toimivien ja turvallisten laitteiden sekä tarvikkeiden saatavuus, henkilöstön työilmapiirin avoimuus ja luottamuksellisuus sekä aktivoida henkilöstöä turvalliseen toimintaan omalla esimerkillään. Myös haittapahtumailmoitusten analysointi ja tiedon hyödyntäminen turvallisuuden kehittämiseksi ovat olennainen osa turvallisuuskulttuurin rakentumista. (Koivula, Brotkin & Saarisalmi 2018.)

Potilasturvallisuutta nimitetään sosiaali- ja terveysministeriön päivitettyssä strategiassa potilas- ja asiakasturvallisuudeksi. Asiakas-nimitys huomioi myös sosiaalihoitoa saavat tai hakevat henkilöt. Sosiaali- ja terveysalalla turvallisuuskulttuuria edistävät riskien arviointi, korjaavat ja ehkäisevät toimenpiteet ja jatkuva toiminnan kehittäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 25.)

2.2 Potilasturvallisuutta koskeva lainsäädäntö

Suomessa potilasturvallisuutta koskevaa lainsäädäntöä löytyy useasta eri laista. Keskeisimpiä potilasturvallisuutta määritteleviä lakeja ovat: laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559), terveydenhuoltolaki (2010/1326), lääkelaki (1987/395), potilasvahinkolaki (1986/585), laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010), laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvaeluista (2012/980), sosiaalihooltolaki (1301/2014) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011).

Vuonna 2011 voimaan tulleeella terveydenhuoltolailla (2010/1326) ja lain nojalla annetuilla asetuksilla on ollut merkittävä osuus potilasturvallisuuden edistämässä. Asiakasturvallisuutta ovat myös vahvistaneet myöhemmin voimaan tulleet sosiaalihooltolaki (1301/2014) ja laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvaeluista (2012/980). (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittelee laatua ja potilasturvallisuutta selkeämmin 8§ kohdassa. Terveydenhuollon toiminnan on oltava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa sekä laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava laadunhallintaa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanoa koskeva suunnitelma. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8§.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011) määrittelee tarkemmin terveydenhuollon toimintayksikön laadunhallinnan ja potilasturvallisuutta koskevan suunnitelman sisältöä. Esimerkiksi §3 mukaan potilailla ja heidän omaisillaan on oltava mahdollisuus edistää ja vaikuttaa laadunhallinnan ja

potilasturvallisuuden toteutumiseen (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011, 3§).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) säätää nimensä mukaisesti potilaan oikeuksista hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja kohteluun, potilasasiamiehen tehtävistä ja potilasasiakirjojen salassapitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Potilasvahinkolaki (1986/585) sovelletaan potilaalle aiheutuneen henkilövahingon korvaamismenettelyissä. Laki määrittelee korvausoikeuden edellytykset sekä etenemistavat henkilövahingon korvaamisesta (Potilasvahinkolaki 1986/585).

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012/980) on tuorein potilasturvallisuutta säätävästä laista Suomessa. Lain tarkoituksena on ikääntyneen väestön terveyden ja hyvinvoinnin tukemisen lisäksi laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saanti. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980, 1§.)

Lakien säädösten kautta taataan potilaalle turvallista terveyden- ja sairaanhoitoa. Lääkelaki (1987/395) säätää lääkkeiden turvallisuudesta ja tarkoituksenmukaisesta käytöstä sekä niiden asianmukaisesta valmistamisesta ja saatavuudesta (Lääkelaki 1987/395, 1§). Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010, 1§) ylläpitää ja edistää työvälineiden käytön turvallisuutta. Sosiaalityön osalta potilasturvallisuutta käsittelee sosiaalihuoltolaki. (1994/559.)

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559, §2) määritellään terveydenhuollon ammattihenkilöksi laillistettu ammattihenkilö, luvan saanut ammattihenkilö tai nimikesuojattu ammattihenkilö ja hänellä tulee olla ammattitoimintaa edellyttävä koulutus. Lain tarkoituksena on potilasturvallisuuden edistämisen lisäksi, terveydenhuollon palvelujen laadun edistäminen ammattitaitoisella ja osaavalla henkilöstöllä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, §1.)

Potilasturvallisuutta määrittelevä lainsäädäntö pitää sisällään myös hoitohenkilöstöä koskevaa lainsäädäntöä. Hoitohenkilöstöä sekä sen turvallisuutta koskevaa lainsäädäntöä käsitellään seuraavissa: terveydenhuoltolaki (2010/1326), laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (1994/559), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), lääkelaki (1987/395), sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011), potilasvahinkolaki (1986/585), laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010), sosiaalihuoltolaki (1301/2014), laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012/980) sekä työturvallisuuslaki (2002/738).

Hoitohenkilöstön turvallisuutta, kuten myös kaikkien työntekijöiden turvallisuutta Suomessa säätää työturvallisuuslaki (2002/738). Lain tarkoituksena on muun muassa ennalta ehkäistä ja

torjua työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä tai työympäristöstä johtuvia fyysisiä tai henkisiä terveyshaittoja. Työtapaturma- ja ammattitautilaki (2015/459) säättää yleisesti henkilöstön turvallisuuteen liittyen kaikkien alojen työntekijöiden oikeudesta korvaukseen työtapaturman ja ammattitaudin johdosta.

Terveysturvalain (2010/1326) säädellessä laajasti muun muassa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidtoa, ottaa se hoitohenkilöstöön kantaa keskeisemmin vain §5 kohdalla ”täydennyskoulutusvelvoitteella”. Viidennen pykälän mukaan terveydenhuollon palveluita järjestävän toimijan on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen, jossa on otettava huomioon esimerkiksi työn vaativuus. (Terveysturvalaki 2010/1326, §5). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä säättää §18 mukaan myös täydennyskoulutusvelvollisuudesta ja jatkuvasta ammatillisesta kehittämisestä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) tarkoituksena on potilasturvallisuuden ja terveydenhuollon palvelujen edistämisen lisäksi määrittää tarkemmin terveydenhuollon ammattihenkilöstöä koskevia säännöksiä. Keskeisimpinä kohtina laissa on terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoimintaa edellyttämä koulutuksen, tai muun riittävän ammatillisen pätevyyden varmistaminen, terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonnan järjestäminen ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perustellun yhteistyön helpottaminen. Terveysturvalain ammattihenkilöllä tarkoitetaan lain mukaan sellaista henkilöä, joka on kyseenomaisen lain nojalla laillistettu ammattihenkilö, luvan saanut ammattihenkilö ja nimikesuojattu ammattihenkilö. Luku 2 määrittää oikeuksista toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä Suomessa ja esimerkiksi EU-valtioissa. Luku 3 säättää terveydenhuollon ammattihenkilön yleisistä velvollisuuksista, esimerkiksi suoranaisesti potilasturvallisuuteen viittaa kohta §15: ”Ammattitoiminnassa terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituvat hyödyt ja sen mahdolliset haitat.” (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.) Laki pitää sisällään myös kurinpitoon- ja rangaistussääntöihin liittyvän osuuden seuraamuksina virheellisestä toiminnasta tai ammattitoiminnassa tehdystä rikoksesta (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää muun muassa, että terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteitä suorittavan henkilö tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain (1994/559) mukainen ja häntä koskee salassapitovelvollisuus potilasasiakirjoihin liittyen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Lääkelain (1987/395) tarkoituksena on muun muassa ”ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä.” (Lääkelaki 1987/395, §1.) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista (2012/980) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä ilmoittamaan sosiaalihuollosta vastaavalle

viranomaiselle, jos hän työssään kohtaa sosiaali- tai terveydenhuollon tarpeessa olevan iäkään henkilön, joka on itse kykenemätön vastaamaan huolenpidostaan (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012/980, §25).

Potilasvahinkolaki (1986/585) käsittelee nimensä mukaisesti potilaalle aiheutuneen henkilövahingon korvausmenetelmiä. Henkilövahingoiksi laki määrittelee esimerkiksi tutkimuksen ja hoidon laiminlyönnin hoitohenkilöstön toimesta, tapaturma tutkimus- tai hoitotoimenpiteen aikana ja sairaanhoitolaitteen tai välineen virheellisestä käsittelystä aiheutunut vahinko (Potilasvahinkolaki 1986/585, §2). Viimeisimpään henkilövahinkoon viittaa laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010), jonka tarkoitus on ylläpitää ja edistää terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuutta sekä niiden käytön turvallisuutta, johon lain mukaan vaaditaan ammattimainen käyttäjä. Ammattimaisella käyttäjällä on myös velvollisuus ilmoittaa vaaratilanteista muun muassa sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle. (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010, §25.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011) säädetään suunnitelman sisältö. Suunnitelma pitää sisällään hoitohenkilöstön perehdyttämisen laadukkaan ja turvallisen toiminnan takaamiseksi, vaara- ja haittatapahtumien tunnistamisen, niistä raportoinnin ja ilmoittamisen hoitoilmoitusjärjestelmään. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011, §1.)

2.3 Vaaratapahtumien raportointi

Institute of medicine julkaisi vuonna 1999 raportin ”To Err is human: Building a Safer Health System”, jossa todettiin, että terveydenhuollon laatu on ollut USA:ssa turvallisuuden näkökulmasta hälyttävän heikkoa verrattuna useisiin muihin toimialoihin. Raportin mukaan USA:ssa kuolee vuosittain kymmeniä tuhansia ihmisiä haittatapahtumiin, jotka ovat johtuneen hoitovirheistä. Raportin julkaisemisen jälkeen USA:n terveydenhuoltoalalla herättiin panostamaan usein keinoin turvallisuuteen lisäämällä rahoitusta potilasturvallisuuden tutkimukseen. (Stelfox, Palmisani, Scurlock, Orav & Bates 1999.) Raportin julkaisun seurauksena Euroopan maissa alkoi kasvaa tietoisuus potilasturvallisuuteen liittyvistä ongelmista ratkaisevasti, ja ainakin 14 Euroopan maata alkoi tehdä suunnitelmia kehittääkseen kansallisen vaaratapahtumailmoitusjärjestelmän potilasturvallisuuden, hoidon laadun sekä riskien hallinnan parantamiseksi. (Doupi 2009, 19.)

Euroopan jäsenvaltioilla tulisi Euroopan unionin neuvoston ehdotelman mukaan olla ilmoitusjärjestelmä sosiaali- ja terveysalalla sattuvien haittatapahtumien raportoimista varten. EU sekä WHO ovat luoneet kansalliset perusmääritelmät, jotka ilmoitusjärjestelmän tulee täyttää (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009, 7.) World Health Organization (2016) on

luonut yhteistyössä Euroopan komission terveys- ja kuluttaja-asioiden neuvoston kanssa potilasturvallisuutta edistävän vaaratapahtumien kirjaamisen mallin ”Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems, MIM PS”, joka validoitiin kymmenessä Euroopan jäsenvaltiossa vuonna 2014. Tarkoituksena oli listata olennaisimmat seikat, jotka vaara-tapahtumailmoituksesta tulisi löytyä. Mallin avulla voidaan luoda kansainvälinen ja yhtenäinen vaaratapahtumien ilmoitusmalli, jonka avulla voidaan edistää tiedon jakamista, oppimista sekä kannustaa toimintatapojen muuttamiseen. MIM PS-mallissa ilmoitetaan potilaan ikä, sukupuoli, tapahtuma-aika ja paikka, tapahtumassa osallisena olleet henkilöt, vaara-tapahtuman syy, tapahtumaan myötävaikuttaneet tai lieventävät tekijät, tapahtumatyyppi, seuraukset, toimenpiteet sekä ilmoittajan rooli tapahtumassa. (World Health Organization 2016.)

Pasternack (2006) on koonnut katsauksessaan ”Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat” kansainvälisiin tutkimuksiin sekä lähteisiin perustuen seikkoja, jotka ovat yleisimpiä syitä tai myötävaikuttavia tekijöitä maailmalla tapahtuneisiin potilasvahinkoihin sekä hoitovirheisiin kliinisessä hoitotyössä. Näissä seikoissa nousee esiin sekä kirjallisen että suullisen kommunikation sekä tuen puute työyhteisössä, syyllistämiskulttuuri, puutteelliset toimintaohjeet, henkilöstön riittämättömyys ja kiire, väärin kohdistetut säästötoimet, työympäristön sekä laitteiden ongelmat sekä riittämätön osaaminen ja ammatillisen kehittymisen haasteet. (Pasternack 2006.)

Tutkimuksessa ”Mitä vapaaehtoiset vaaratapahtumailmoitukset kertovat” (Rauhala ym. 2018) käytiin läpi ja analysoitiin suurin osa vuosien 2007-2017 välillä tehdyistä Haipro-ilmoituksista. Lähes 900 000 ilmoituksen analysoinnissa saatiin selville, että ilmoituksista jopa puolet, eli selkeästi suurin osa koski lääke- ja nestehoitoa, toiseksi eniten ilmoituksia tehtiin tapaturmista johtuvista syistä ja kolmanneksi eniten tiedonkulkuun ja hallintaan liittyvistä poikkeamista. (Rauhala ym.2018.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä tehtiin vuonna 2016 miltei 20 000 vaaratapahtumailmoitusta, jossa tulokset olivat samankaltaisia edellä mainittuun nähden. HUS:in vaaratapahtumailmoituksista useimmat liittyivät lääkehoitoon (6438 kpl), mutta lisäksi vaaratapahtumailmoituksia tehtiin reilusti myös puutteellisesta tiedonkulusta johtuneiden tapahtumien vuoksi (4994 kpl). (HUS 2016.) Vuonna 2012 julkaistussa tutkimuksessa ”Terveystieteiden henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa” selvitettiin erikoissairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien sekä lääkäreiden kokemuksia lääkehoidossa tapahtuneista poikkeamista sekä miten vastaajaryhmän mielestä näitä tapahtumia voitaisiin välttää. Tutkimuksessa tarkasteltiin yhtä yliopistollista sairaalaa ja aineisto rajattiin koskemaan lääkityspoikkeamia. Tieto tutkimukseen kerättiin sairaalan tehdyistä Haipro-ilmoituksista. Tutkimuksen mukaan vastaajat kokivat resurssien puutteen sekä kiireen riskitekijöinä turvallisen lääkehoidon toteuttamiselle. (Härkänen, Turunen, Saano & Vehviläinen-Julkunen 2012.)

Andersonin, Frankin, Willmanin, Sandmanin & Hansebon (2017) mukaan ikääntyneiden tehostetuissa asumisyksiköissä suurin osa vaaratapahtumista johtuu niin ikään lääkepoikkeamista mutta usein myös kaatumisista. Suomessa operoitiin yli 6000 lonkkamurtumaa vuonna 2015, joissa potilaana on valtaosassa ollut ikääntynyt henkilö. Lonkkamurtumiin johtavista tapahtumista jopa noin 20 % sattuu tehostetuissa hoitoyksiköissä sekä palveluasumisyksiköissä. (Käypä hoito 2017.) Kotona asuviin verrattuna, laitoshoidossa asuvien ikääntyneiden riski kaatua arvioidaan noin viisinkertaiseksi (Tilvis 2016). Näiden lisäksi vaaratapahtumien muita yleisimpiä syitä olivat hoitajien liian hitaat väliintulot tai hoidon puutteellisuus. Lääkitykseen liittyvistä haittatapahtumista suurin osa johtuu lääkeaineen virheellisestä jakamisesta tai antamisesta sekä niistä kirjaamisesta. (Ruuhilehto ym. 2011.)

Vaikkakin lukuja tarkasteltaessa lääkehoito, tapaturmat, sekä tiedonkulku näyttelevät pääosaa, potilasturvallisuudessa on otettava huomioon myös laiteturvallisuus. HUS:issa tehtiin vuonna 2016 Haipro-ilmoituksia 350 kappaletta, jonka syynä oli laiteturvallisuuteen liittyvä poikkeama. Laiteturvallisuuteen liittyvät vaaratapahtumailmoitukset johtuvat useimmiten läheltä piti-tilanteista. Laiteturvallisuusilmoitusten tekeminen on vuosittain lisääntynyt työnantajan aktiivisesta tiedottamisesta sekä ilmoitusjärjestelmän kehittämisestä johtuen. (HUS 2016.)

Tuula Sarste (2012) selvitti pro gradu- tutkielmassaan Haipro-raportointijärjestelmän käyttöä sekä ilmoituksista saadun tiedon hyödynnettävyyttä erään Sosiaali- ja terveystieteiden alan yksiköiden henkilöstön näkökulmasta. Tutkimuksessa ilmeni, että henkilöstö koki tiedonkulun sekä ohjeistusten puutteen ongelmallisena potilasturvallisuuden kannalta. (Sarste 2012.) Vaaratapahtumiin myötävaikuttavat tekijät liittyvät useimmiten puutteelliseen tiedonkulkuun tai kirjaamiseen. Kirjaaminen potilasasiakirjoihin on saatettu tehdä virheellisesti, siitä puuttuu tietoa, tai kirjauksia on jätetty kokonaan tekemättä. Tiedonkulun osalta yleinen myötävaikuttava tekijä on asiakkaan tilassa tapahtuvassa muutoksesta raportoimatta jättäminen. (Anderson ym. 2017.)

Vaaratapahtumien raportoimisen tarkoituksena on kerätä tietoa potilasturvallisuutta vaarantaneista tapahtumista, jotta niistä voidaan oppia ja näin ollen kehittää sosiaali- ja terveystieteiden alan yksiköiden toimintaa. Tiedonkulku, keruu ja analysointi mahdollistavat jatkuvan oppimisen ja kehittämisen ympäristön, jota voidaan hyödyntää niin yksikkökohtaisesti kuin kansallisellakin tasolla. (Kinnunen ym. 2009, 14.) Pro gradu- tutkielmassa ””Apua, minkäkö tein virheen?” Sairaanhoidon kokemus lääketieteellisen poikkeamasta” (Sippola-Kauppi 2009) tutkittiin perus- sekä erikoissairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoidon kokemus sekä tunteita sattuneista poikkeamista lääkehoidossa, tapahtumiin vaikuttaneista syistä sekä tapahtumien vaikutuksista työskentely-yksiköihin. Suurin osa tutkimukseen vastaajista koki

tapahtumasta oppimisen tärkeänä niin yksin kuin yhdessäkin. Yksiköissä myös kehitettiin konkreettisesti toimintaa sattuneiden tapahtumien perusteella ja näin ollen pyrittiin parantamaan lääkehoidon turvallisuutta. (Sippola-Kauppi 2009.) Jotta vaaratapahtumista voidaan oppia, tulee syyllistämiskulttuuri unohtaa työyhteisöissä, ja luoda ympäristö yhteiselle avoimelle keskustelulle. Yleisimmät syyt vaaratapahtumista ilmoittamatta jättämiseen johtuvat siitä, että vaaratapahtumien raportointiin tarkoitetut järjestelmät koetaan liian hankalina käyttää, raportointi on unohtunut, ilmoittaja pelkää syyllistämistä, tai raportoinnille ei löydy aikaa. (Ahonen & Hartikainen 2013, 250.) Tapahtumien prosessointi yhdessä sekä avoin keskustelu siitä, miten toimintatapoja voitaisiin kehittää, antaa mahdollisuuden muutoksiin, joiden avulla vaaratapahtumia voidaan jatkossa paremmin ennaltaehkäistä. (Kinnunen ym. 2013, 257.) Vaaratapahtumien raportoinnista vastaa henkilöstön lisäksi myös johto, jonka tehtävänä on motivoida ja ohjata hoitohenkilöstöä raportointiin luomalla avointa ja oppimiseen kannustavaa ilmapiiriä. (Kinnunen ym. 2009, 11.)

Vaaratapahtumien raportoinnin ensimmäinen vaihe on itse tapahtuman havaitseminen. Havaitsemista seuraa tapahtumasta ilmoittaminen, joka tehdään työyksikössä määriteltyjen toimintaohjeiden mukaisesti. Ilmoitus käsitellään niistä vastaavan tahon toimesta ja ilmoituksesta käynnistyy oppimisprosessi, jota hyödynnetään tapahtuman aiheuttaneen tekijän, kuten toimintamallin tai ympäristön kehittämisessä ja korjaamisessa. Tapahtumatyypistä riippuen, voidaan tarvittaviin jatkotoimiin tai tutkintaan ryhtyä nopeastikin, jotta vastaavalta tapahtumalta välttyttäisiin jatkossa. (Kinnunen ym. 2013, 258.)

2.4 HaiPro-raportointijärjestelmä

HaiPro-raportointijärjestelmä on sosiaali- ja terveysalalle suunnattu työväline, jonka avulla voidaan sähköisesti seurata, kehittää ja parantaa potilasturvallisuutta. Raportointiväline on luotu Valtion Teknologian tutkimusyksikössä VTT:ssä yhteistyössä useiden terveydenhuoltoalan ammattilaisten sekä organisaatioiden kanssa ja järjestelmä on käytössä laajalti Suomessa eri sosiaali- ja terveysalan toimintaympäristöissä. (Awanic Oy 2016.) Sen toimintaperiaate pohjautuu henkilöstön sisäiseen raportointiin tilanteista, jossa potilasturvallisuus tai henkilöstön turvallisuus on vaarantunut, potilaalle tai työntekijälle on aiheutunut haitta tai yksikössä on sattunut läheltä piti-tilanne. Raportoinnin avulla toiminnasta voidaan oppia ja sitä voidaan kehittää. Raportointijärjestelmä toimii työkaluna sekä henkilöstölle että johdolle. (Awanic Oy 2016.)

HaiPro I aloitettiin vuonna 2005 ensin Valtion teknologian tutkimusyksikön sekä Lääkelaitoksen rahoittamana tutkimushankkeena, jonka tarkoituksena oli kehittää Suomeen sosiaali- ja terveydenhuoltoa varten toimintamalli vaaratilanteiden raportoinnista, jota henkilöstö voisi toteuttaa vapaaehtoisesti sekä anonyymina. Toimintamallin ajatuksena oli, että vaaratapahtumista raportointi nähdään mahdollisuutena kehittää yksikön toimintamalleja ja potilasturvallisuutta syyllistämisen sijasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 11.) Muita tavoitteita

järjestelmän suunnitteluprosessin alkuvaiheessa olivat järjestelmän käytön nopeus ja vaivattomuus, muunneltavuus sekä valtakunnallisuus. (Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 17.) Raportointijärjestelmä otettiin koekäyttöön vuonna 2006 ja sitä kehitettiin yhdessä Vantaan Peijaksen sairaalan, Tampereen Lääkärikeskus Oy:n Koskiklinikan sekä Tampereen yliopistollisen sairaalan Sydänkeskuksen kanssa. Raportointijärjestelmää kehitettiin koko prosessin ajan ja kehitystyö tapahtui tiiviissä yhteistyössä järjestelmää rakentavan ja kehittävän ryhmän sekä sitä työssään käyttävien terveydenhuoltoalan ammattilaisten kesken. (Knuuttila ym. 2007.) Tutkimushanke päätettiin vuonna 2007, ja sitä seurasi samana vuonna alkanut kattavampi, maanlaajuinen pilotointijakso Haipro II, jonka toteutukseen osallistui laaja joukkososi-aali- ja terveysalan asiantuntijoita, terveydenhuoltoalan organisaatioita sekä henkilöstöä. Rahoituksesta vastasi jatkossa sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä Valtion Teknologian tutkimusyksikön kanssa. (Knuuttila ym. 2007, 3.)

Pilotointijakson alusta vuoden 2009 loppuun mennessä tehtiin yli 67 000 vaaratapahtumailmoitusta ympäri Suomen. Pilotointiin osallistui lähes kaikki Suomessa toimivat sairaanhoitopiirit, ja sen myötä jäi elämään toimiva raportointijärjestelmä potilasturvallisuuden sekä laadukkaan hoitotyön edistämiseksi. (Ruuhilehto, Kaila, Keistinen, Kinnunen, Vuorenkoski & Wallenius 2011.)

Vuonna 2015 julkaistussa tutkimuksessa ”Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana: pitkittäistutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella” (Turunen ym. 2015) yksi tutkituista osa-alueista oli Haipro-vaaratapahtumaraportointien määrä vuosina 2008 ja 2011. Tutkimuksessa todettiin, että seuratuissa yksiköissä vaaratapahtumien raportoinnissa oli nähtävissä selkeä kasvu seurattujen vuosien välillä. Ilmoituksia tehneiden määrä oli tutkimuksen mukaan kasvanut viidesosasta kolmasosaan näiden vuosien aikana. (Turunen ym. 2015.)

Vuonna 2010 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi menettelyohjeistuksen sekä periaatteet, joiden mukaan jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiolla tulee olla potilasturvallisuussuunnitelma sekä raportointijärjestelmä vaaratapahtumien ilmoittamista varten. Tämän myötä Haipro-raportointijärjestelmä on vakiintunut työkaluksi suureen osaan suomessa toimivista sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatioista. (Ruuhilehto ym. 2011.)

Haipro-ilmoituksessa ilmoittaja täyttää lomakkeeseen ensin missä yksikössä tai osastolla vaaratapahtuma on tapahtunut. Seuraavassa osiossa täytetään tapahtuma-aika, tarkempi paikka, ilmoittajan ammattiryhmä sekä tarkennetaan, oliko kyseessä potilaalle tapahtunut vai läheltä piti-tilanne. Tässä osiossa täyttäjällä on myös mahdollisuus valita, täytetäänkö tapahtumasta tietoturva-, toimintaympäristö- tai työturvallisuusilmoitus. Seuraavaksi täyttäjä valitsee valikosta tapahtumatyyppin, joita on listattu useita eri vaihtoehtoja. Täyttäjä kirjoittaa seuraavissa osioissa vapaana tekstinä tarkemmin tapahtumasta ja mitä seurauksia siitä on

mahdollisesti potilaalle tai yksikölle aiheutunut, oman näkemyksensä olosuhteista, jotka tapahtuma-aikana vallitsivat, sekä mitä silloin oltiin tekemässä. Lopuksi täyttäjällä on mahdollisuus kertoa oma näkemyksensä siitä, miten sattuneen tapahtuman kaltaisia poikkeamia voitaisiin jatkossa ennaltaehkäistä. Ennen lomakkeen lähettämistä täyttäjällä on mahdollisuus kirjoittaa tekstikenttään oma sähköpostiosoitteensa, mikäli haluaa antaa käsittelijälle anonyyminä mahdollisuuden lisätietojen kysymiseen raportointijärjestelmän välityksellä. (Awanic Oy 2016.)

3 Työelämäkumppani

Riistavuoren Monipuolinen palvelukeskus yksikkönä, on osa Helsingin kaupungin sairaala-, kuntoutus-, ja hoivapalveluja ja se kuuluu Lännen palvelualueeseen. Väestön ikääntymisen myötä palveluiden tarve kasvaa jatkuvasti ja läntisessä Helsingissä yli 65 vuotiaita asuu jo lähes 19 000. Vuonna 1966 perustettu yksikkö käsittää Riistavuoren Monipuolisen palvelukeskuksen lisäksi palvelutalot Kannelmäessä sekä Hopeatiellä ja ne yhdessä muodostavat kattavan sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuuden. Riistavuoren Monipuolisessa palvelukeskuksessa toimii useita osastoja, jotka tarjoavat yli 65-vuotiaille länsi- helsinkiläisille päivätoimintaa, lyhytaikaishoitoa, terapia- ja viriketoimintaa, pitkäaikaishoitoa sekä palveluasumista. Yksiköiden toiminta on moniammatillista ja ne toimivat lisäksi yhteistyössä kolmannen sektorin, sosiaalityön, kotihoidon sekä kunnan asiakasohjaus- ja palveluyksikön kanssa. (Salmi, Heino, Lauronen, Toivola & Matikainen 2018.)

Opinnäytetyö toteutetaan Etelä-Haagassa sijaitsevan Riistavuoren Monipuolisen palvelukeskuksen päivätoimintayksikössä, lyhytaikaishoitoyksikössä, arviointi- ja kuntoutusyksikössä, pitkäaikaissosastoilla sekä palvelutalossa. Asiakkaina yksiköissä on eri elämäntilanteissa olevia ikääntyneitä. Yksiköissä toteutetaan hoitoa, joka perustuu yksilöllisiin hoito- ja palvelusuunnitelmiin, jotka laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa omaiset huomioiden. Asiakkaan hoidon ja palvelun tarpeet voivat vaihdella aina toimintakyvyn ylläpitämisestä lääkehoidon seurantaan tai psykososiaalisuuden tukemisesta haavahoitoihin. Palvelutalon toiminta perustuu asiakkaiden voimavaralähtöisyyteen, yksiköllisyyteen sekä henkilöstön tiiviiseen, moniammatilliseen yhteistyöhön. Yksiköissä työskentelee osastonhoitajia, perushoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia, sosiaaliohjaajia, toimintaterapeutteja sekä fysioterapeutteja. Jokaisen yksikön toimintaa ohjaavat lainsäädännön lisäksi Helsingin kaupungin arvot, sekä eettiset periaatteet, kuten turvallisuus, yhdenvertaisuus, asukaslähtöisyys, oikeudenmukaisuus, ekologisuus, osallisuus sekä taloudellisuus sekä yrittäjämielisyys. Palveluiden tarkoituksena on luoda asiakkailleen turvallinen ja hyvää elämänlaatua ylläpitävä arki sekä laadukkaat palvelut. (Salmi ym. 2018.)

Palvelukeskuksen henkilöstön ammatillisuus sekä osaaminen ovat laadukkaiden ja monipuolisten palveluiden edellytys. Henkilöstöllä on vuosittainen kouluttautumisvelvollisuus ja työnantaja tarjoaa monipuolisesti koulutuksia eri alojen ammattilaisten vetäminä. Henkilöstö osallistuu myös palvelutalon ja sen yksiköiden sisällä toiminnan kehittämiseen sekä visiointiin

osallistumalla mm. johtotiimiin, gerontologisen hoitotyön tiimiin, yksikkökohtaisiin kokouksiin sekä vuosittaisiin kehittämisspäiviin. Kaikkea toimintaa ja päätöksen tekoa ohjaa ensisijaisesti lainsäädäntö. Lisäksi kaikissa yksiköissä on valtakunnallisiin suosituksiin perustuvat toiminta-ohjeet sekä yksiköiden säännöt ja ohjeistukset, joita noudattamalla voidaan taata asiakkaille mahdollisimman turvallinen ja laadukas hoito sekä palvelut. (Salmi ym. 2018.)

Turvallisuus ja sen kokonaisvaltainen toteutuminen on yksi tärkeimmistä laadukkaan terveydenhuoltopalvelun elementeistä. Palvelukeskuksessa ja sen yksiköissä toimitaan periaatteiden mukaisesti, jotka ennaltaehkäisevät vaaratilanteita ja edistävät asiakasturvallisuutta. Jokaisessa yksikössä on käytössä omavalvontasuunnitelmat, toiminta- ja turvallisuusohjeistukset, lääkehoitosuunnitelmat sekä potilasturvallisuussuunnitelmat. Yksiköissä on lisäksi eri vastuualueille nimetyt vastuuhenkilöt, jotka huolehtivat mm. lääkintälaitteiden toimivuudesta, huoltoväleistä sekä ohjeistusten ajantasaisuudesta. Hoitohenkilöstön tulee suorittaa lääkehoidot, joissa noudatetaan LOVE- ja PKS-lääkehoitolupamalleja. Palvelutalossa toimitaan hygieniaoheistuksen mukaisesti ja yksiköissä noudatetaan huolellista aseptiikkaa infektioiden ehkäisemiseksi. Palvelutalon turvallisuuskulttuuriin kuuluu myös tietoturvan ja tietosuojan ehdoton toteutuminen, joka edellyttää koko henkilöstön sitoutumista vaitiolovelvollisuuteen. Helsingin kaupungin sosiaali- terveyspalveluiden yksiköissä, kuten myös Riistavuoren palvelukeskuksessa, käytetään Haipro-raportointijärjestelmää, jonka avulla voidaan raportoida ja seurata potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratilanteita tai niiden uhkia. Yleisimmät raportoinnin syyt ovat lääkepoikkeamat tai kaatumiset. Raportoinnissa tuetaan syylistämätöntä ilmapiiriä, raporttien yhteistä, moniammatillista käsittelyä yksiköissä sekä potilasturvallisuutta kehittävää ja edistävää toimintakulttuuria. (Salmi ym. 2018.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia ja mahdollisia haasteita liittyen Haipro-raportointijärjestelmän käyttöön turvallisessa hoitotyössä. Tavoitteena oli osallistua yhteistyökumppanin potilasturvallisuuden kehittämiseen tuottamalla tietoa Haipro-raportointijärjestelmän käytön nykytilasta sekä mahdollisista haasteista.

Tutkimuskysymykset:

Mitä kokemuksia Riistavuoren hoitohenkilöstöllä on Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntämisestä potilasturvallisessa hoitotyössä?

Mitä haasteita Riistavuoren hoitohenkilöstöllä on Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntämisestä potilasturvallisessa hoitotyössä?

5 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

5.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää on tapana käyttää usein sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä, jonka alkujuuret tulevat luonnontieteistä. Menetelmälle keskeisiä piirteitä ovat aiemmista tutkimuksista saadut johtopäätökset ja teoriat, hypoteesien esittäminen ja käsitteiden määrittely. Lisäksi aineistonkeräämistavan suunnittelu on tärkeää, jotta havaintoaineisto voidaan soveltaa määrälliseen ja numeeriseen mittaamiseen. Suunnitteluvaiheessa valitaan tutkittavat henkilöt, niin kutsuttu perusjoukko, joista otos otetaan. Muuttujat koostetaan taulukkomuotoon sopivaksi ja kerätty aineisto saatetaan muotoon, jolloin sitä voidaan käsitellä tilastollisesti. Aineistosta tehdään päätelmiä tilastollisin analysointimenetelmin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997. 139-140.)

Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä myös mahdollistetaan laaja otanta, jolloin aineistoa voidaan kerätä isoiltakin ihmisryhmiltä. Aineistonkeruumenetelmänä käytetään tyypillisesti esimerkiksi kyselylomakkeita, joissa on valmiina vastausvaihtoehdot. Tutkimusmenetelmällä voidaan esimerkiksi vastata kysymyksiin: mikä, paljonko, missä ja kuinka usein? Saadun aineiston avulla ilmiötä voidaan tarkastella lukumäärinä ja prosenttiosuuksina. Tuloksilla saadaan kartoitettua sen hetkinen tilanne, pystymättä kuitenkaan selvittämään riittävästi tilanteeseen johtaneita syitä. (Heikkilä 2014.) Menetelmäsuuntaukselle on ominaista käyttää laskennallisia ja tilastollisia analyysimenetelmiä (Jyväskylän Yliopisto 2015). Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla keskeiset tutkimustulokset voitiin esittää yhteistyökumppanille prosenttilukuina sekä visuaalisina kuvioina, jolloin tulosten tulkinta on selkeää, nopeaa ja yksinkertaista (Heikkilä 2014). Tutkimuksen puolueettomuuden kannalta on etu, ettei tutkimusryhmä ole juurikaan tekemisissä tutkimukseen vastaavien henkilöiden kanssa, ja näin ollen mahdollisesti vaikuta tulokseen. Tulosten analysoinnissa tutkijat eivät myöskään strukturoitujen kysymysten ansiosta pysty yksilöimään tutkimukseen vastaavia henkilöitä. (Vilkka 2007.)

Kvantitatiivista menetelmää käyttämällä saatiin tutkittua, kuinka suuri joukko on samaa tai eri mieltä lomakkeissa esitettyihin väittämiin nähden, jolloin yhteistyökumppani sai helposti lukuihin perustuen tietoa henkilöstönsä Haipron käytöstä, sekä siihen liittyvistä haasteista ja kokemuksista. Kvantitatiivista menetelmää käyttämällä on mahdollisuus muun muassa kysymykseen ”kuinka moni” (Heikkilä 2014). Tämän myötä määrällinen tutkimus oli luonnollinen valinta opinnäytetyön menetelmälliseksi suuntaukseksi. Tutkimukseen osallistujien määrä sopi myös kvantitatiivisen tutkimuksen toteuttamiselle, sillä perusjoukko oli 93 henkeä (N=93). Yleensä 100 henkeä tai enemmän on määrältään sopiva kvantitatiivisen tutkimuksen toteuttamiselle (Vilkka 2007). Analysoinnissa ristiintaulukoinnilla voidaan tarkastella muuttujien välisiä eroja (Vilpas 2013). Kvantitatiivinen menetelmä mahdollisti analyysissa perusjoukon muuttujien ristiintaulukoinnin, jonka avulla pystyttiin selvittämään sekä vertailemaan minkälaisia

eroja vastauksissa oli eri ammattiryhmien välillä tai vaikuttiko kokemuksiin tai järjestelmän käyttöön vastaajan työkokemus.

5.2 Kohdejoukko

Tutkimus toteutettiin sovellettuna kokonaistutkimuksena, joka käsittää Riistavuoren Haagassa toimivan monipuolisen palvelukeskuksen hoitohenkilöstön, jotka työssään käyttävät Haipro-raportointijärjestelmää. Näin ollen kokonaistutkimuksen perusjoukkona toimi konkreettisesti samassa palvelukeskuksessa sijaitseva hoitohenkilöstö. Tutkimukseen ei osallistunut palvelukeskuksen ulkopuolella väistötiloissa Kustaankartanossa toimiva yksikkö, sillä se olisi monitkaistanut tutkimusta ja vaikuttanut oleellisesti sekä käytännön toteutukseen että aikatauluun. Kyselyä ei myöskään toteutettu talossa muille ammattiryhmille, kuin sosiaali- ja terveysalan hoitohenkilöstölle, sillä muut ammattiryhmät eivät työssään käytä Haipro-raportointijärjestelmää. Tutkimuksen perusjoukko on 93 henkeä, joka kattaa kaikkien Haagassa toimivan palvelukeskuksen kuuden yksikön hoitohenkilöstön: sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat, perushoitajat, sosiaaliohjaajat sekä terapeutit. (Helsingin Kaupunki 2018.)

5.3 Aineistonkeruu

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutettiin yhteistyökumppanin hoitohenkilöstölle kohdistetuna kyselynä. Sen tarkoitus oli avata opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä. Kyselyn väittämät valikoituivat tutkimuskysymyksiä tarkastellen ja ne perustuivat aiempiin tutkimuksiin Haipro-raportointijärjestelmän käyttöön liittyen. Väittämät pohjautuivat tutkittuun taustatietoon tyypillisistä Haipro-ilmoituksista sekä asenteista Haipro-raportointijärjestelmän käyttöön liittyen. Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa käsiteltiin tutkittuun tietoon pohjautuen yleisimpiä syitä, miksi vaaratapahtumailmoituksia tehdään tai jätetään tekemättä, mitkä ovat yleisimmät vaaratapahtumat, vaaratapahtumiin myötävaikuttavat tekijät, sekä minkälaisia vaaratapahtumailmoituksia yleisesti tehdään. Opinnäytetyön alussa avattiin myös tutkimuksen kannalta keskeisiä käsitteitä esittelemällä teoreettista taustaa mahdollisimman monipuolisilla ja luotettavilla lähteillä. Tutkimusmenetelmäksi valittiin määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus.

Kysymyslomake sisälsi 25 strukturoitua kysymystä, joista 4-25 olivat ”kyllä” ja ”ei” vastausvaihtoehtoin. Vaihtoehto ”en osaa sanoa” ei tuo yleensä tarvittavaa tietoa tutkijoille (Heikkilä, 2014, 49), joten se vastausvaihtoehto jätettiin pois. Kyselylomakkeen (liite 1) taustatiedoissa, kysymyksissä 1-3, kysyttiin vastaajan ammattinimike, ikä ja työkokemus. Taustatiedot sai valita valmiiden vaihtoehtojen joukosta, jolloin vastaaminen helpottui. Ammatti kysytään usein suljetulla kysymyksellä (Heikkilä, 2014, 57). Taustatiedoilla saatiin kartoitettua yhteistyökumppania kiinnostavia eroavaisuuksia eri ammattiryhmien, iän ja työkokemuksen suhteen. Hyviä kysymysten ominaispiirteitä peilaten kyselylomake (liite 1) pyrittiin pitämään mahdollisimman lyhyenä, kohteliaana sekä ymmärrettävänä. Hyvän tutkimuslomakkeen tulisi

olla selkeä, kysymykset loogisesti eteneviä ja kokonaisuuksiksi ryhmiteltyjä eikä kysely saisi olla liian pitkä (Heikkilä, 2014). Kysymysten ei ole hyvä olla johdattelevia (Heikkilä, 2014, 54.) ja sitä pyrimme välttämään lopullisessa kyselylomakkeessa (liite 1). Hoitohenkilöstöllä oli lomakkeen lopussa halutessaan mahdollisuus antaa kehittämisehdotuksia Haipro-raportointijärjestelmän käyttöön liittyen omassa organisaatiossaan. Tämän ratkaisun oli tarkoitus kohdentaa saatua tietoa yhteistyökumppanin tarpeisiin juuri tässä organisaatiossa.

Käyttämällä strukturoitua kysymyslomaketta aineistonkeruun toteutustapana, oli mahdollista selvittää yhteistyökumppanin henkilöstön kokemusten ja haasteiden tämän hetkinen tilanne ilman, että tutkijat vaikuttaisivat tulokseen. Yksi tyypillisistä kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmistä on strukturoitujen kysymysten käyttö, jolloin kysymyslomakkeeseen vastaaminen ja sen analysointi on selkeää ja nopeaa. (Heikkilä 2014.) Vakioidun kyselylomakkeen (liite 1) toteuttamisen avulla kaikilta vastaajilta saatiin kysyttyä täysin samat kysymykset identtisillä lomakkeilla ja tutkittavalla oli mahdollisuus vastata kyselyyn itsenäisesti ilman tutkijan läsnäoloa. Kysely toteutettiin useilla eri osastoilla samanaikaisesti. Vastausjoukko täytti kyselyn sopivana aikana, työnantajan luvalla työaikana. Kyselylomake on tehokas tapa aineiston keräämiselle, kun kysely toteutetaan joukolle, jossa vastaajia on runsaasti ja he ovat hajallaan eri yksiköissä. (Vilka 2007.) Strukturoituihin kysymyksiin vastaaminen, on yleensä nopeaa, jolloin tutkimuksen toteuttaminen on myös taloudellista (Heikkilä 2014). Huomioimme taloudellisuuden myös lomakkeen täyttämiseen käytetyn ajan ollessa kohtuullinen.

Hyvän tutkimuslomakkeen tunnusmerkkinä mainitaan, että se olisi esitestattu (Heikkilä, 2014). Opinnäytetyön kyselylomakkeen (liite 1) toimivuutta testattiin ennakkokyselyllä. Ryhmä oli satunnainen otos työssään Haipro-raportointijärjestelmää käyttäneitä sairaanhoitajaopiskelijoita. Esiin tulleiden kehittämisehdotusten mukaan kyselylomaketta (liite 1) muokattiin lopulliseen muotoonsa. Pääosin sisältö säilyi samana, mutta lomaketta muokattiin hieman selkeämmäksi ja kysymyksiä yksinkertaistettiin. Lomakkeeseen lisättiin myös palautteen perusteella, mahdollisuus tarkentaa vastauksia. Tarkenna-osio lisättiin kyselylomakkeeseen (liite 1), jotta oli mahdollisuus saada tutkittavilta vapaaehtoisesti vastausta laajentavaa tietoa. Näin oli mahdollista saada esille myös näkemyksiä, joita ei etukäteen oltu suunniteltu. Testausvaiheessa avointen kysymysten sisällyttäminen kyselyyn voi myös tuoda apua lomakkeen kysymysten lopulliseen muotoiluun varsinaista kyselyä varten. (Luoto 2009.)

Aineisto kerättiin paperisella kyselylomakkeella (liite 1) Haipro-raportointijärjestelmää käyttäviltä työyhteisön jäseniltä. Yhteistyökumppanin toiveesta kysely toteutettiin paperisena, sillä sähköisen kyselyn haasteeksi koettiin henkilöstön mahdollinen heikko motivaatio avata sähköpostitse tulevia kyselyyn vastaamispyyntöjä. Sähköpostitse toteutettava kysely on usein kustannustehokas, mutta vastaaminen siihen on epävarmaa. Sähköinen kysely hukkuu muuhun sähköisiin viesteihin tai saattaa joutua asetuksista riippuen jopa roskapostiosioon. Verrattaessa sähköistä kyselyä paperiseen, sähköisessä versiossa vastausprosentti on jäänyt

tutkimuksissa ajoittain heikommaksi. Menetelmää ei voida siis valita vain kustannustehokkuutta silmällä pitäen (Ruskoaho 2010.) Hoitohenkilöstön arvioitu heikko motivaatio sähköpostikyselyyn vastaamisessa oli opinnäytetyön kyselyn toteuttamisen suunnittelussa huomioitu seikka. Opinnäytetyön kyselylomakkeet (liite 1) ja saatekirje (liite 2) sekä palautuslaatikot hankittiin tutkijoiden toimesta, jolloin työelämäkumppanille ei tullut näistä kustannuksia.

Kyselylomakkeen (liite 1) mukana oli myös saatekirjeet (liite 2), joissa kerrottiin tutkimuksen taustoista, kyselyn tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä tuotiin esille, että kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Saatekirjeessä (liite 2) mainittiin myös, että tutkimukseen on asianmukainen lupa Helsingin kaupungilta ja, että tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymisti, niin, ettei yksittäisiä henkilöitä tai työyksikköä pystytä siitä tunnistamaan. Vastausohjeet kysymyksiin sisältyivät myös saatekirjeeseen (liite 2) ja ohjeista pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeät. Ohjeet kyselyn palauttamisesta ja aikatauluista löytyivät myös saatekirjeestä (liite 2).

Ennen kyselyn toteuttamista otettiin sähköpostitse yhteyttä jokaisen yksikön esimieheen ja kerrottiin kyselyn toteuttamisen ajankohta. Työelämän yhteyshenkilö tiedotti syksyn aikana kyselyn toteuttamisesta kollegoilleen, jotka kertoivat eri yksiköissä hoitohenkilöstölleen tulevasta kyselystä. Kyselylomakkeet (liite 1) saatekirjeineen (liite 2) toimitettiin jokaiseen yksiköön aluksi viikon ajaksi ja lopulta tarpeen niin vaatiessa vastausaikaa jatkettiin sovitusti yhteensä kahden viikoksi paremman vastausprosentin saavuttamiseksi. Kyselyn aloittamispäivänä käytiin yksiköissä henkilökohtaisesti toimittamassa lomakkeet, niiden palauttamislaatikot ja esiteltiin sekä ohjeistettiin tutkimus hoitohenkilöstölle. Kyselyn päätyttyä kyselylomakkeet (liite 1) ja niiden palautuslaatikot kerättiin tutkijoiden toimesta ja säilytettiin huolellisesti tutkimustulosten tarkastelua varten.

5.4 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin opinnäytetyössä tilastollisin menetelmin. Tutkimustulosten analysointi toteutettiin tilastotieteelliseen analysointiin tarkoitetulla SPSS-ohjelmistolla (Statistical Package for Social Sciences). SPSS-ohjelmalla on syötetyn tiedon avulla mahdollista tarkastella syntyneitä frekvenssijakaumia sekä luoda ristiintaulukointeja muuttujien välille. (Heikkilä 2014.) Vastauksia saatiin yhteensä 58 kappaletta, joista yksi jouduttiin hylkäämään. Näin ollen vastausprosentiksi muodostui 61,29%. Kyselytutkimuksessa yli 60 %:n vastaajajoukkoa voidaan pitää hyvänä (Vilpas 2013).

Perusjoukosta (93 henkeä) kyselyyn jätti vastaamatta 37 henkeä, mukaan lukien yksi hylätty lomake. Tutkimuksen kato oli 38,71%. Kadolla tarkoitetaan puuttuvia havaintoyksiköitä, eli tässä tutkimuksessa vastaamatta jääneitä lomakkeita (Vilka 2007). Muuttujilla voidaan määrittämisessä tutkimuksessa mitata useita asioita, kuten havaintoyksiköiden arvoja, asenteita tai taustatietoja (KvantiMOTV 2007). Tässä tutkimuksessa muuttujina tutkimuksessa olivat

vastaajien ammattiryhmä, ikä sekä työkokemus vuosina. Ammattiryhmät oli jaoteltu sairaanhoitaja/terveydenhoitaja, lähihoitaja/perushoitaja sekä terapeutit/sosiaaliohjaajat. Analysoinnissa terapeutit sekä sosiaaliohjaajat yhdistettiin vastauslomakkeisiin, joissa ammattiryhmään oli jätetty vastaamatta, sillä muuttujaluokan vastaajien määrä oli niin alhainen, että vastaajien henkilöllisyys oli saattanut paljastua. Yhdistämällä nämä ryhmät varmistettiin vastaajien yksityisyyden suojan säilyminen. Yksityisyyden suojaa määrittää suomessa lainsäädäntö, joka on otettava huomioon kaikessa tutkimustyössä mukaan lukien opintoihin liittyvät tutkimukset (Vilkkä 2007).

Lomakkeet numeroitiin, jotta ne voidaan tehokkaasti syöttää SPSS-järjestelmään ja näin ollen myös nopeasti jäljittää, mikäli lomakkeisiin oli tarvetta palata. Lomakkeista syötettiin SPSS-ohjelman sarakkeisiin taustatiedot, kysymykset sekä vastausvaihtoehdot ja lopulta vastaukset. Syötetyt tiedot käytiin vielä erikseen läpi tulosten oikeellisuuden varmistamiseksi. Aineisto analysoitiin ohjelman avulla, jolloin kysymyslomakkeiden vastauksista frekvenssijakaumat. Frekvenssi tarkoittaa sitä, kuinka monta kertaa tietty vastaus esiintyy analyysissä (Vilkkä 2007). Frekvenssijakauma kertoo lomakkeessa olleiden kahden vastausvaihtoehdon esiintymisen sekä niiden väliset erot prosentteina sekä lukuina tarkasteltaessa koko vastaajajoukkoa. Näiden tulosten avulla saatiin kattavasti tietoa, miten kyselyyn vastaajat lomakkeen väittämät kokevat.

Ensimmäisen analysoinnin jälkeen muuttujista luotiin ristiintaulukointeja, jotta voitiin nähdä eri taustamuuttujien mahdollisia vaikutuksia tuloksiin. Ristiintaulukoinnin avulla voidaan analysoinnissa tarkastella miten eri muuttujat jakautuvat ja eroavat toisistaan. (KvantiMOTV 2007). Ristiintaulukoinnissa painotettiin huomio eri ammattiryhmien välisille eroille, sillä ikäryhmien ristiintaulukoinnin ei todettu olevan lopulta oleellista tutkimustulosten kannalta. Lisäksi työvuosien suhteen analysointi jätettiin vähemmälle, sillä suurin osa vastaajista kuuluivat tässä työssä samaan muuttujaluokkaan, eikä oleellista eroa syntynyt edes luokkia vähentämällä. Eniten eroavaisuuksia huomattiin olevan juuri eri ammattiryhmien välillä, mutta ryhmien väliset erot eivät kuitenkaan olleet tulosten mukaan tilastollisesti merkitseviä, sillä kaikkien muuttujaluokkien koko ei ollut riittävän suuri. Tilastollista merkitsevyyttä ei analysoinnissa ole välttämätöntä tehdä, mikäli tutkimuksen aineisto on kokonaistutkimuksessa suppea (Heikkilä 2014).

Jokaisesta lomakkeesta kerättiin myös vastaajien kirjoittamat vapaat tarkennukset sekä kehittämisehdotukset Word-tiedostoksi, josta ne voitiin siirtää opinnäytetyöhön sekä yhteistyökumppania varten luotuun esitykseen. Tarkennuksia tai kehittämisehdotuksia ei analysoitu, vaan aineisto lisättiin työhön suorina sitaatteina täydentämään määrällistä tutkimusta.

6 Tutkimuksen tulokset

6.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi 61,29% (n=57), joista sairaanhoitajia/ terveydenhoitajia oli 16, lähihoitajia/ perushoitajia oli 32 ja muita oli 9. Työkokemusta sosiaali- ja terveysalalta kyselyyn vastanneilla oli alle 1 vuotta kolmella, 1-3 vuotta yhdeksällä, 3-5 vuotta neljällä, 5-10 vuotta kahdeksalla ja yli 10 vuotta 32 henkilöllä. Yksi vastaajista jätti ilmoittamatta työkokemuksensa määrän. Näin ollen 40 henkilöä kyselyyn vastanneista oli työskennellyt sosiaali- ja terveysalalla yli viisi vuotta. Aineiston perusteella vastaajien iällä ei näyttänyt olevan merkitystä vastauksiin. Vastaajien ikäjakauma oli laaja, mutta osa ikäryhmittymistä sisälsi vain muutama vastaajan.

6.2 Hoitohenkilöstön kokemukset Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntämisestä potilasturvallisessa hoitotyössä

89,5% vastaajista (n=56) oli tutustunut yksikkönsä ohjeistuksiin vaaratapahtumien raportointikäytännöistä ja perehdytystä Haipro-raportointijärjestelmän käyttöön oli saanut 78,9% vastaajista (n=57). Perehdytyksestä tarkennettiin vastauksissa, että jotkut olivat itsenäisesti tai työkollegan avulla opetelleet käytön. 92,9% vastaajista (n=56) koki osaavansa käyttää Haipro-raportointijärjestelmää ja 93% (n=57) koki saavansa tarvittaessa apua Haipro-ilmoituksen laatimisessa. (Taulukko 1.)

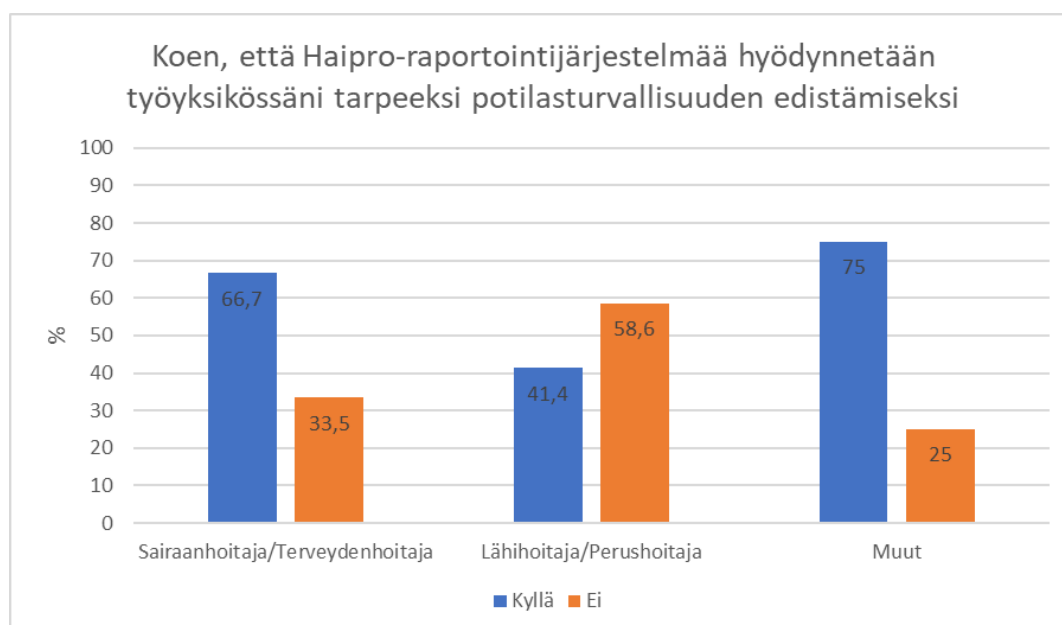
53,8% koki, että Haipro-raportointijärjestelmää hyödynnetään potilasturvallisuuden edistämiseksi työyksiköissä, kun taas 46,2% näkemyksen mukaan ei hyödynnetä (n=52). Kysymyksen ”tarkenna” osiosta nousi esiin, ettei Haipro-ilmoituksia aina tehdä. Valtaosan (84,2%) mielestä Haipro-raportointijärjestelmän työkaluna potilasturvallisuuden edistämässä (n=57). Kokemukset Haipro-ilmoitusten säännöllisestä läpikäymisestä yksiköissä jakaantui vastaajien keskuudessa ”kyllä” 56,4% ja ”ei” 43,6% (n=55). Kysymykseen oli tarkennettu, ettei Haipro-ilmoituksia käsitellä lainkaan yhteisesti joissakin yksiköissä. Yksiköiden toimintatapoja ja käytäntöjä koettiin kehitettävän Haipro-ilmoitusten perusteella ”kyllä” 66,7% ja ”ei” 33,3% (n=51). Konkreettisia muutoksia Haipro-ilmoituksista opitun tiedon perusteella koettiin tehdyn yksiköissä 41,5% mielestä. Vastaajista 58,5% (n=53) oli sitä mieltä, ettei muutoksia tehdä. (Taulukko 1.)

62,3% vastasi (n=53), että yksikössä on joskus sattunut vaaratapahtuma hoitohenkilöstön puutteellisen tiedonkulun vuoksi. Hoitohenkilöstöstä 30,8% kokivat, että Haipro-raportointijärjestelmän avulla tarkkaillaan heidän osaamistaan (n=52). (Taulukko 1.)

Taulukko 1: Hoitohenkilöstön kokemukset

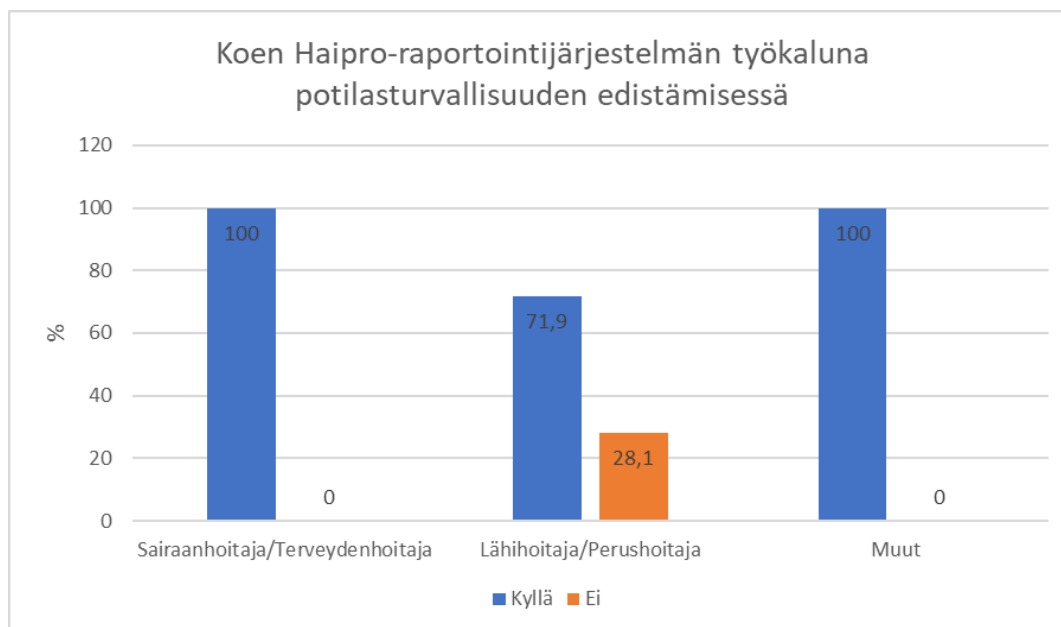
Väittämä	Kyllä % (n)	Ei % (n)
4. Olen tutustunut yksikköni ohjeistuksiin vaaratapahtumien raportointikäytännöistä (n=56)	91,1 (51)	8,9 (5)
5. Olen saanut perehdytyksen Haipro- raportointijärjestelmän käyttöön (n=57)	78,9 (45)	21,1 (12)
6. Osaan käyttää Haipro- raportointijärjestelmää (n=56)	92,9 (52)	7,1 (4)
7. Koen, että saan tarvittaessa apua Haipro- ilmoituksen laatimisessa (n=57)	93,0 (53)	7,0 (4)
8. Koen, että Haipro-järjestelmää hyödynnetään työyksikössäni tarpeeksi potilasturvallisuuden edistämiseksi (n=52)	53,8 (28)	46,2 (24)
9. Koen Haipro- raportointijärjestelmän työkaluna potilasturvallisuuden edistämiseksi (n=57)	84,2 (48)	15,8 (9)
10. Yksikössäni käydään säännöllisesti läpi Haipro- ilmoituksia (n=55)	56,4 (31)	43,6 (24)
11. Haipro-ilmoitusten perusteella yksikköni toimintatapoja sekä käytäntöjä kehitetään tarvittaessa (n=51)	66,7 (34)	33,3 (17)
12. Yksikössäni on tehty konkreettisia muutoksia Haipro-ilmoituksista opitun tiedon perusteella (n=53)	41,5 (22)	58,8 (31)
13. Yksikössäni on joskus sattunut vaaratapahtuma hoitohenkilöstön puutteellisen tiedonkulun vuoksi (n=53)	62,3 (33)	37,7 (20)
14. Haipro- raportointijärjestelmän avulla tarkkaillaan hoitohenkilöstön osaamista (n=52)	30,8 (16)	69,2 (36)

Aineistosta nostettiin esiin muutamien väittämien vastaustuloksia, joissa vertailtiin ammattinimikkeiden eroja vastauksissa. Sairaanhoitajista/ terveydenhoitajista 66,7% kokivat, että Haipro-raportointijärjestelmää hyödynnetään työyksikössä tarpeeksi potilasturvallisuuden edistämiseksi, kun taas lähihoitajista/ perushoitajista 41,4% sekä muista ammattiryhmistä 75,0% (Kuvio 1).



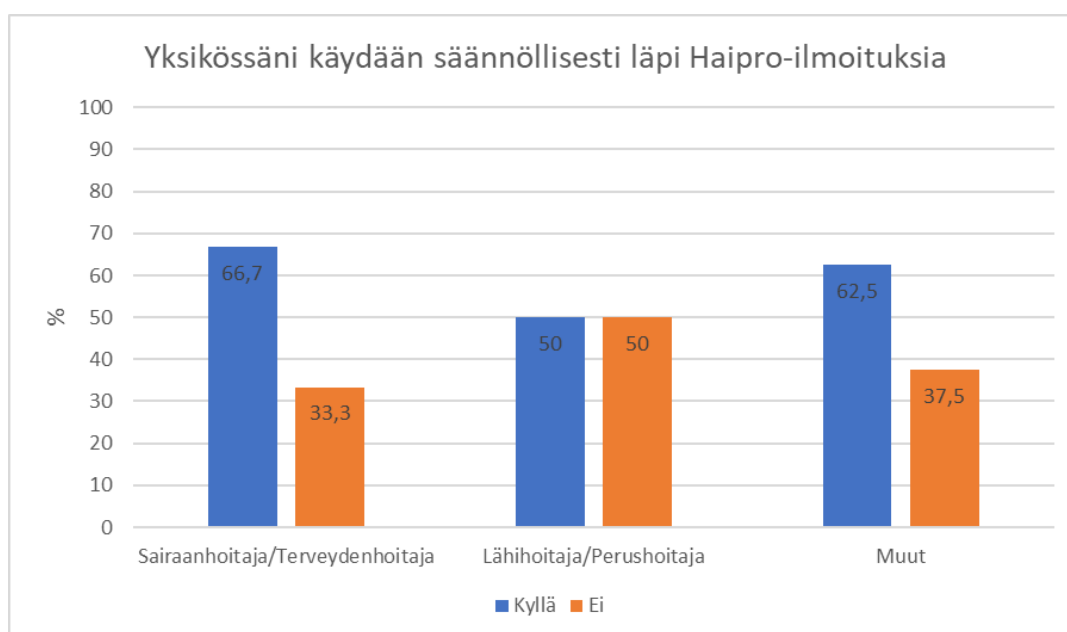
Kuvio 1: Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntäminen

Sairaanhoitajista/ terveydenhoitajista 100,0%, lähihoitajista/ perushoitajista 71,9% ja muista ammattiryhmistä 100,0% koki Haipro-raportointijärjestelmän työkaluna potilasturvallisuuden edistämisessä (Kuvio 2)



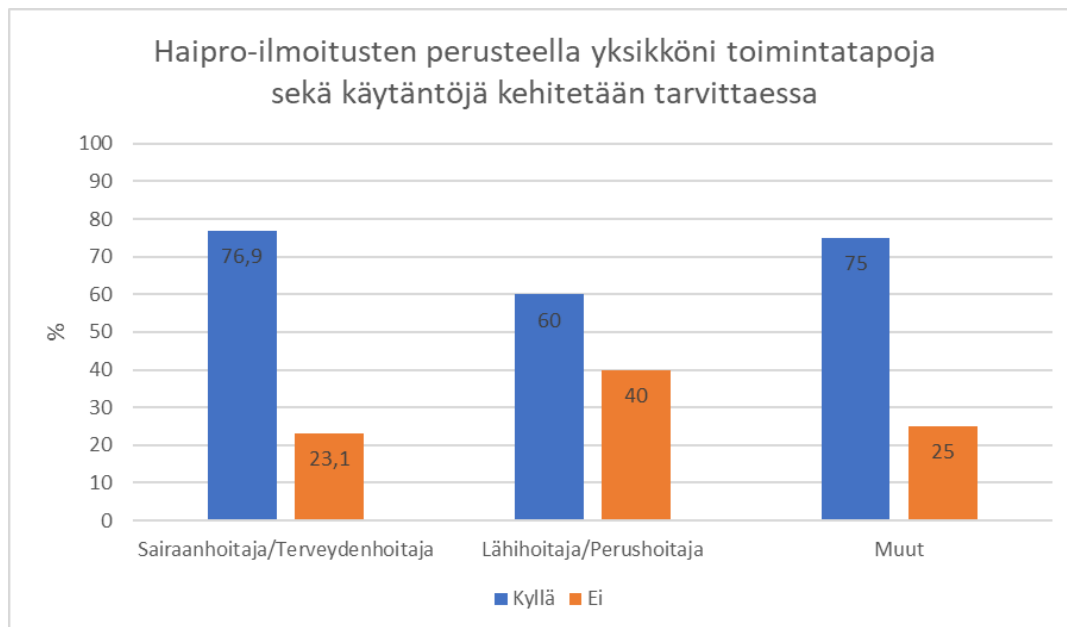
Kuvio 2: Haipro-raportointijärjestelmän kokeminen työkaluna

Sairaanhoitajista/ terveydenhoitajista 66,7%, lähihoitajista/ perushoitajista 50,0% ja muista ammattiryhmistä 62,5% olivat sitä mieltä, että yksikössä käydään säännöllisesti läpi Haipro-ilmoituksia (Kuvio 3).



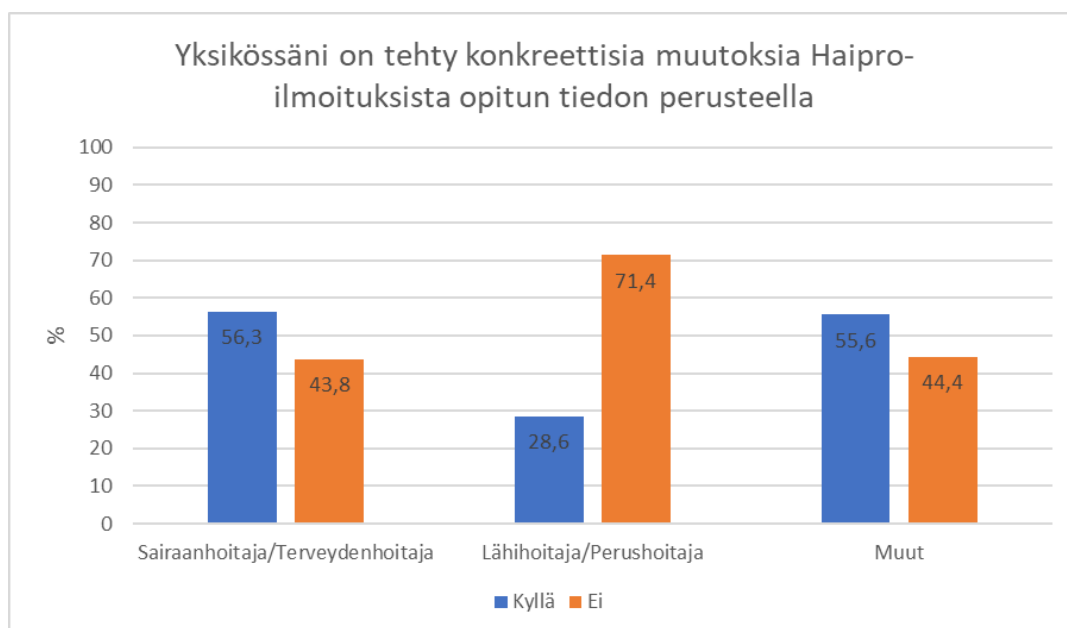
Kuvio 3: Haipro-ilmoitusten läpi käyminen

Haipro-ilmoitusten perusteella yksikön toimintatapoja sekä käytäntöjä koettiin kehitettävän tarvittaessa sairaanhoitajista/ terveydenhoitajista 76,9%, lähihoitajista/ perushoitajista 60,0% ja muista ammattiryhmistä 75,0% (Kuvio 4).



Kuvio 4: Toimintatapojen ja käytäntöjen muuttaminen

Konkreettisia muutoksia Haipro-ilmoituksista opitun tiedon perusteella yksiköissä koettiin tehtävän sairaanhoitajista/ terveydenhoitajista 56,3%, lähihoitajista/ perushoitajista 28,6% ja muista ammattiryhmistä 55,6% (Kuvio 5).



Kuvio 5: Konkreettisten muutosten teko

6.3 Hoitohenkilöstön haasteet Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntämisestä potilasturvallisessa hoitotyössä

49,1% vastaajista (n=57) oli joskus jättänyt tekemättä Haipro-ilmoituksen vaaratapahtumasta unohduksen vuoksi ja 45,6% ajan puutteen vuoksi (n=57). Ajan puutteen vuoksi tekemättä jäänyt Haipro-ilmoitus on kuitenkin vastaajien tarkennuksen mukaan tehty jälkikäteen. Kyselyn tulosten perusteella Haipro-ilmoituksia ei jätetty tekemättä Haipro-raportointijärjestelmän käytön osaamattomuuden tai syyllistämisen pelon vuoksi. 12,3% vastaajista (n=57) on joskus jättänyt tekemättä Haipro-ilmoituksen vaaratapahtumasta, koska ei usko ilmoituksesta olevan hyötyä. (Taulukko 2.)

Suurin osa kyselyyn osallistuneista (yli 90%) teki Haipro-ilmoituksen asiakkaan kaatuessa, antaessaan asiakkaalle väärän lääkeaineen tai väärän lääkeannoksen sekä asiakkaalle sattuneesta väkivaltatilanteesta. Muutama vastaajista tarkensi, etteivät he käsittele lääkkeitä työtehtävissään. Viallisen tai puutteellisen lääkintälaitteen käytön aiheuttamasta läheltä piti-tilanteesta Haipro-ilmoituksen teki 67,9% (n=53), kun taas haittatapahtumasta teki 72,2% (N=54). Lääkintälaitteita koskevia kysymyksiä vastaajat olivat tarkentaneet runsaasti toteamalla, ettei lääkintälaitteita ole ollut käytössä tai kyseenomaisia tilanteita ei ole tapahtunut. Lisäksi oli mainittu, ettei käytössä ole lääkintälaitteita, joista olisi vaaraa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2: Hoitohenkilöstön haasteet

Väittäjä	Kyllä % (n)	Ei % (n)
15. Olen joskus jättänyt tekemättä Haipro- ilmoituksen vaaratapahtumasta unohduksen vuoksi (n=57)	49,1 (28)	50,9 (29)
16. Olen joskus jättänyt tekemättä Haipro- ilmoituksen vaaratapahtumasta, koska en osannut käyttää Haipro-järjestelmää (n=57)	8,8 (5)	91,2 (52)
17. Olen joskus jättänyt tekemättä Haipro- ilmoituksen vaaratapahtumasta ajan puutteen vuoksi (n=57)	45,6 (26)	54,4 (31)
18. Olen joskus jättänyt tekemättä Haipro- ilmoituksen vaaratapahtumasta syyllistämisen pelon vuoksi (n=57)	5,3 (3)	94,7 (54)
19. Olen joskus jättänyt tekemättä Haipro- ilmoituksen vaaratapahtumasta, koska en usko ilmoituksesta olevan hyötyä (n=57)	12,3 (7)	87,7 (50)
20. Teen Haipro-ilmoituksen asiakkaan kaatuessa (n=57)	91,2 (52)	8,8 (5)
21. Teen Haipro-ilmoituksen antaessani asiakkaalle väärän lääkeaineen (n=57)	91,1 (51)	8,9 (5)
22. Teen Haipro-ilmoituksen antaessani asiakkaalle väärän lääkeannoksen (n=57)	91,1 (51)	8,9 (5)
23. Teen Haipro-ilmoituksen asiakkaalle sattuneesta väkivaltatilanteesta (n=57)	93,0 (53)	7,0 (4)
24. Teen Haipro-ilmoituksen viallisen tai puutteellisen lääkintälaitteen käytön aiheuttamasta läheltä piti-tilanteesta (n=53)	67,9 (36)	32,1 (17)
25. Teen Haipro-ilmoituksen viallisen tai puutteellisen lääkintälaitteen käytön aiheuttamasta haittatapahtumasta (n=54)	68,4 (39)	26,3 (15)

6.4 Vastaajien kehittämis ehdotuksia Haipro- raportointijärjestelmän käytöstä

Kyselyyn vastanneilla oli mahdollisuus kirjoittaa kyselylomakkeen (liite 1) loppuun kehittämis- ehdotuksia Haipro-raportointijärjestelmän käytöstä omassa organisaatiossaan.

Kehittämis ehdotuksissa korostui ongelmien ennaltaehkäisy sekä niiden ratkaisu. Haipro-ilmoi- tuksia toivottiin tehtävän enemmän läheltä piti-tilanteista.

” Meidän pitäisi tehdä enemmän ilmoituksia läheltä piti-tilanteista.”

” Syyllistämisen sijaan, tulisi keskittyä ongelmien ehkäisyyn sekä ratkaisuun.”

Haipro-raportointijärjestelmästä työvälteenä toivottiin enemmän tietoa ja keskustelua. Li- säksi vastaajat toivoivat perehdytystä kaikille uusille työntekijöille Haipro-raportointijärjes- telmän käyttöön. Vastaajien mukaan kaikkia tilanteita ei raportoida tai ilmoitusten tekemi- nen koettiin turhana. Ilmoitusten käsittelyä ei joidenkin vastaajien mukaan ollut säännöl- lisesti. Ajanpuute koettiin ongelmana Haipro-ilmoitusten tekemisessä.

” Kaikki uudet työntekijät tulisi perehdyttää järjestelmän käyttöön. Perehdytys satunnaista nykyään. Kaikki vaaratilanteet tulisi raportoida. Nykyään osa jää raportoimatta joidenkin toimesta. Syynä ilmeisesti unohdus/ ajanpuute.”

” Ilmoituksia tehdään, mutta vaihtelevasti, myöskään niitä ei käsitellä säännöl- lisesti. On vähän fiilis, että tehdään kun pitää tehdä”

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys varmistetaan ennakkoarvioinnilla. Näin varmistetaan tutkijoiden oi- keusturvaa ja suojellaan tutkijoita (Helsingin yliopisto 2018.) Lainsäädäntö määrittelee myös tutkimuksen rajoja. Esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista säätelee tutkimussuunni- telmaa ja tutkimustarkoitukseen käytettäviä potilasasiakirjoja (Suomen akatemia 2018).

Opinnäytetyössä noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön edellyttämiä tapoja. Silloin tutki- mus on luotettavaa, tulokset uskottavia ja se on eettisesti hyväksyttävä. Tutkimustyössä nou- datettiin rehellisyyttä, luotettavuutta ja tarkkuutta. Tiedonhankintaa, tutkimus- ja arviointi- menetelmiä sovellettiin tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisesti ja eettisesti. Julkaisui- hin viitattiin asianmukaisesti kunnioittamalla muiden tutkijoiden työtä. Tarvittavat luvat opinnäytetyön toteuttamiseen sekä julkaisuun olivat hankittuna. Tutkimukseen osallistuvien yksityisyyden suojaa kunnioitettiin ja myös organisaatiotasolla tietoja käsiteltiin hyvän tie- teellisen käytännön tapojen mukaisesti. Hoitohenkilöstön kyselyyn vastaaminen oli

vapaaehtoista. Suunnittelu, toteutus ja raportointi toteutettiin huomioimalla tutkimuseettiset periaatteet. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tutkimuksen aineistona toimiva kyselylomake sisältää kvantitatiiviselle tutkimukselle tyypilliset, strukturoidut kysymykset, jolloin pyritään saamaan ne numeraalisesti mitattaviksi. Siitä huolimatta luotettavuus saattaa kärsiä. Keskeisiä käsitteitä kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelulle on reliabiliteetti ja validiteetti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Reliabiliteetti kuvailee tutkimuksessa käytetyn menetelmän luotettavuutta. Tarkemmin sanottuna se tarkastelee kvantitatiivisessa tutkimuksessa päästäänkö tarkoituksenmukaisiin tuloksiin käytetyillä menetelmillä ja mittareilla. (Anttila 2018.) Käytetyt menetelmät ja mittarit toivat tarkoituksenmukaiset tulokset opinnäytetyössä. Opinnäytetyössä saatiin mitattua haluttuja asioita, hoitohenkilöstön kokemuksia sekä haasteita Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntämisestä. Tutkimuksen aineiston avulla saatiin vastattua tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus eli validiteetti tarkastelee tutkimusmenetelmän kykyä selvittää tarkoituksenmukaista asiaa. Laskeminen ja arvioiminen, validiteetin arvioimiseksi, tapahtuu niin, että saatua mittaustulosta verrataan todelliseen tietoon. (Anttila 2018.) Opinnäytetyössä toteutettiin kaikki mitä oli suunniteltukin tehtävän. Tutkimuksesta saadussa aineistossa tulokset olivat monin paikoin yhteneväisiä verrattuna aikaisempiin tutkimuksiin samasta aihepiiristä. Työssä tutkittu teoriapohja tuki saatuja tutkimustuloksia.

7.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin: ”Mitä kokemuksia Riistavuoren hoitohenkilöstöllä on Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntämisestä potilasturvallisessa hoitotyössä?” ja ”Mitä haasteita Riistavuoren hoitohenkilöstöllä on Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntämisestä potilasturvallisessa hoitotyössä?” Tulokset esiteltiin yhteistyökumppanin johdottiin kokouksessa. Esityksen päätyttyä tutkimuksesta heräsi erityisesti keskustelua liittyen yksiköiden toimintakäytännöistä vaaratapahtumien raportoinnin suhteen ja eroavaisuuksista verraten muihin hoitoalan toimijoihin.

Tutkimusaineiston perusteella saatiin sekä positiivisia havaintoja, mutta myös kehittämiskohteita ja selkeitä haasteita tuli esille. Syyllistämisen pelko on yksi yleisistä syistä, miksi työyhteisöissä jätetään ilmoittamatta vaaratapahtumista (Ahonen & Hartikainen 2013, 250). Tutkimuksen mukaan syyllistämistä kuitenkin ei koettu juuri lainkaan tässä työyhteisössä liittyen ilmoitusten tekemiseen. Yksiköissä myös osataan käyttää Haipro-raportointijärjestelmää ja sen käyttämiseen saadaan tarvittaessa apua. Haipro-ilmoituksista koettiin olevan hyötyä hoitotyön potilasturvallisuuden kehittämisessä, mutta ilmoitusten säännöllisempää läpikäymistä pitäisi olla enemmän. Kysyttäessä raportointijärjestelmän hyödyntämisestä

potilasturvallisuuden kehittämisessä vastaajat jakautuivat melko tasan, kuitenkin niin että yli puolet kokivat, että järjestelmää hyödynnetään potilasturvallisuuden edistämiseksi. Vastaa- jien mukaan konkreettisia muutoksia ei juurikaan tehdä ilmoitusten perusteella.

Perehdytys Haipro-raportointijärjestelmän käyttöön olisi hyvä sisällyttää systemaattisesti uu- den työntekijän aloittaessa yksikössä ja tarvittaessa kouluttaa myös jo yksiköissä olemassa olevaa henkilöstöä, sillä useat kokivat, että ohjelman käytön opetus on saatu muualta kuin työnantajalta. Haasteet osaamisessa sekä ammatillisessa kehittämisessä ovat myötävaikutta- via tekijöitä hoitovirheiden eli näin ollen myös vaaratapahtumien syntyyn (Pasternack 2006). Yleisimmät haasteet Haipro-ilmoitusten tekemiselle olivat tutkimuksen mukaan ajan puute, unohdus sekä puutteellinen tiedonkulku. Tilanteet, joissa yli 90% hoitohenkilöstöstä teki il- moituksen, olivat asiakkaan kaatuminen, lääkepoikkeama tai väkivaltilanne. Lääkintälaittei- siin liittyvistä poikkeamista kysyttäessä, lääkintälaitte-termi oli epäselvä useassa vastauksessa.

Tarkasteltaessa aikaisempia tutkimuksia, opinnäytetyönä toteutettu kysely tuotti melko sa- mankaltaisia tuloksia. Tiedonkulun puute koettiin ongelmallisena (Sarste 2012 & Härkönen ym. 2012). Tilanteiden yhdessä läpikäyminen sekä syylistämisen puute koettiin tärkeinä ele- mentteinä vaaratapahtumista raportoisissa (Sippola-Kauppi 2009). Aktiivisempi ilmoitusten käsitteleminen hoitohenkilöstön kesken koettiin kehittämisen kohteena (Niemi-Himanka 2014). Aikaisempaan tutkimukseen (Sarste 2012) verraten tutkimuksen mukaan konkreettisia kehittämistoimia ei koettu tehtävän ilmoitusten perusteella. Konkreettisia kehittämistoimia ei koettu juurikaan tehtävän myöskään Rauhala ym. (2018) tutkimuksessa, jossa läpi käytiin lähes 900 000 Haipro-ilmoitusta kymmenen vuoden ajalta. Tutkimukseen vastaajista vain 4,2% koki, että kehittämistoimiin oli ryhdytty vaaratapahtumailmoitusten perusteella. (Rauhala ym. 2018.)

Menetelmällinen valinta sopi opinnäytetyön toteutukseen sekä tarkoitukseen, sillä tietoa saa- tiin tehokkaasti kerättyä useasta yksiköstä samanaikaisesti, tutkijoiden läsnäoloa ei tarvittu kohteessa ja vastaaminen kyselyyn oli nopeaa. Tietoa saatiin tuotettua numeraalisesti, jolloin tutkimustulosten tulkinta oli selkeää, tiivistettyä sekä informatiivista. Helsingin kaupungilla on mahdollisuus tulosten perusteella arvioida Haipro-raportointijärjestelmän käytön tehok- kuutta sekä hyödyntämistä kokonaisvaltaisemmin ja tarvittaessa muokata tämän myötä käy- täntöjään turvallisen potilastyön kehittämiseksi. Tutkimustuloksia voitaisiin hyödyntää pohti- malla tulisiko vaaratapahtumailmoituksiin liittyen luoda yhteinen toimintamalli, jota nouda- tettaisiin jokaisessa yksikössä.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimuksena voisi selvittää tarkemmin mahdollisia tekijöitä, jotka vaikuttavat Haipro- ilmoitusten tekemiseen. Tutkimukseen vastanneet tarkensivat jääneensä ilman perehdytystä Haipro-raportointijärjestelmän käyttöön liittyen. Olisi mielenkiintoista tutkia, miten

perehdytys vaikuttaa hoitohenkilökunnan Haipro-ilmoitusten tekemiseen ja motivoiko perehdytys Haipro-raportointijärjestelmän aktiivisempaan käyttöön. Tutkimuksessa voisi esimerkiksi tarkastella, onko perehdytyksen saaneiden ja ilman perehdytystä jääneiden vastaajien välillä eroja Haipro-ilmoitusten aktiivisemmassa tekemisessä.

Sarste (2012) pohti Pro gradu -tutkielmassaan, että jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tutkia Haipro-ilmoitusten tekijöiden näkemystä siitä, miten he olettavat Haipro-ilmoitusten käsittelijöiden työskentelevän (Sarste 2012). Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tuloksista tuli esiin, ettei monellakaan vastaajista ollut selkeää käsitystä siitä, käsitelläänkö Haipro-ilmoituksia yksiköissä. Jatkotutkimuksena voisikin olla Sarsteen (2012) ehdottama jatkotutkimus. Lisäksi voisi lähemmin tarkastella onko Haipro-ilmoitusten tekijöiden tietoisuudella ilmoitusten käsittelijöiden työskentelystä vaikutusta Haipro-ilmoitusten tekemiseen.

Lähteet

Painetut

Aaltonen, L-M, Rosenberg, P. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ahonen, R., Hartikainen, S. 2013. Lisää turvaa lääkehoitoon ja lääkehuoltoon. Teoksessa Aaltonen, L-M, Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 250.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Porvoo: Edita Publishing OY.

Helsingin Kaupunki 2018. Henkilöstösuunnitelma vuosille 2016-2018. Riistavuoren monipuolinen palvelukeskus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 15.-16., Hämeenlinna: Tammi, 139-140.

Kinnunen, M., Aaltonen, L-M, Malmström, R. 2013. Vaaratapahtumien raportointi. Teoksessa Aaltonen, L-M, Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 257-260.

Kotisaari M-L., Kukkola S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. 1. painos. Fioca Oy, Helsinki, 63.

Salmi, K., Heino, P., Lauronen, K., Toivola, P., Matikainen, A. 2018. Toimintakäsikirja. Riistavuoren Monipuolinen palvelukeskus. Helsingin Kaupunki.

Sähköiset

Andersson, Å., Frank, C., Willman, A., Sandman P-O, Hansebo, G. 2017. Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. Viitattu 30.8.2018. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jocn.13914>

Anttila P. 2018. Tutkimuksen reliabiliteetti. Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi. Virtuaaliammattikorkeakoulu. Viitattu 8.8.2018. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413792643/1194415307356.html>

Anttila P. 2018. Tutkimuksen validiteetti. Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi. Virtuaaliammattikorkeakoulu. Tutkimuksen validiteetti. Viitattu 8.8.2018. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413809750/1194415367669.html>

Awanic. 2016. Haipro. Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 31.7.2018 & 3.8.2018. <http://awanic.com/tuotteet-ja-palvelut/#haipro>

Doupi, P. 2009. National Reporting Systems For Patient Safety Incidents. A review of the situation in Europe. Viitattu 8.8.2018. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80105/254c52fb-95d0-4dde-a8ab-bd0df41e0c57.pdf?sequence=1>

Jylhä V., Bates DW., Saranto K. 2016. Critical factors in the information management process: the analysis of hospital-based patient safety incident reports. Finnish journal of eHealth and eWell-fare. Medic. <https://journal.fi/finjehew/article/view/60195>

Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Viitattu 8.8.2018 <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Helsingin yliopisto. 2018. Tutkimusetiikka. Viitattu 8.8.2018. <https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/tutkimusymparisto/tutkimusetiikka>

HUS 2016. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuusraportti 2016. Viitattu 17.9.2018. http://www.hus.fi/potilaalle/laatu-ja-potilasturvalli-suus/potilasturvallisuus-hussa/Documents/HUS_potilasturvallisuusraportti%202016%2021032017.pdf7

Häräkän, M., Turunen, H. Saano, S. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2012. Terveysthuollon henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoitossa. Viitattu 25.11.2018. <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/central/docview/1319822232/fulltextPDF/38427CECB2F5418EPQ/2?accountid=12003>

Jyväskylän Yliopisto. 2015. Määrällinen tutkimus. Viitattu 8.8.2018 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>

Kinnunen M., Helovu A. 2017. Potilasturvallisuus. Sairaanhoitajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artik-keli=shk04802&p_haku=potilasturvallisuus

Kinnunen M., Helovu A. 2017. Potilasturvallisuuden varmistaminen. Sairaanhoitajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artik-keli=shk04802&p_haku=potilasturvallisuus

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K., Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Viitattu 7.8.2018. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80402/979943df-4088-46df-8e5acd8949ed965a.pdf?sequence=1>

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K., Wallenius, J. 2007. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi. Viitattu 4.8.2018. https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaara-tapahtumien_raportointi.pdf

Koivula, N., Brotkin, H. & Saarsalmi, O. 2018. Turvallisia Sote-palveluja: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Viitattu 15.11.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136360/URN_ISBN_978-952-343-089-1.pdf?sequence=1

KvantiMOTV 2007. Mittaaminen: muuttujien ominaisuudet. Viitattu 3.12.2018. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/ominaisuudet.html>

Käypä hoito 2017. Lonkkamurtuma. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 30.8.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=EE27ADA387E82C2FB5E0DA309EC28F8F?id=hoi50040>

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010. Viitattu 6.7.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 17.7.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. Viitattu 6.7.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 6.7.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 6.7.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lääkelaki 10.4.1987/395 Viitattu 6.7.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>

Luoto R. 2009. Kyselytutkimuksen suunnittelu. Duodecimlehti 2009;125:1647-53. Viitattu 23.11.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo98221>

Niemi-Himanka, A. 2014. Haipro-vaaratapahtumailmoitukset potilasturvallisuuden johtamisen välineenä. Viitattu 25.11.2018. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/79274/Niemi-Himanka_Anu.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pasternack, A. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Viitattu 15.11.2018. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96057.pdf>

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585. Viitattu 6.7.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585> Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Viitattu 6.7.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Viitattu 6.7.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Rauhala, A., Kinnunen, M., Kuosmanen, A., Liukka, M., Olin, K., Sahlström, M. & Roine, R. 2018. Mitä vapaaehtoiset vaaratapahtumailmoitukset kertovat? Viitattu 24.11.2018. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/mita-vapaaehtoiset-vaaratapahtumailmoitukset-kertovat/>

Ruskoaho J., Halila H., Heikkilä T., Hyppölä H., Kujala S., Mattila K., Virjo I. & Vänskä J. 2010. Postitse vai sähköisesti? Näkemyksiä tiedonkeruumenetelmän valintaan Lääkäri 2008-tutkimuksen pohjalta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2010: 47 279-285. Duodecim. Viitattu 24.11.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo98221>

Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L., Wallenius, J. 2011. HaiPro - millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 - 2009? Viitattu 4.8.2018. <https://duodecimlehti-fi.nelli.laurea.fi/duo99540>

Saaranen-Kauppinen A., Puusniekka A. 2006. Tutkimuksen luotettavuus ja arviointi. Kvali-MOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietokirjasto. Viitattu 8.8.2018. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3.html

Sarste, T. 2012. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys. Viitattu 5.12.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120469/urn_nbn_fi_uef-20120469.pdf

Sippola-Kauppi, I. 2009. "Apua, minäkö tein virheen?" Sairaanhoidajien kokemuksia lääkityspoikkeamista. Viitattu 25.11.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80897/gradu03778.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Viitattu 6.7.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Viitattu 6.7.2018 & 5.8.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3963-9>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Viitattu 3.8.2018. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71543/Selv200816.pdf?sequence=1>

Stelfox, H.T., Palmisani, S., Scurlock, C., Orav, E.J., Bates, D.W. 2009. The “To Err is Human” report and the patient safety literature. Viitattu 8.8.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464859/>

Sosiaali ja terveystieteiden ministeriö. 2017. Potilasturvallisuus. Viitattu 4.8.2018. <http://stm.fi/potilasturvallisuus>

Suomen akatemia. 2018. Tutkimuseettinen lainsäädäntö ja ohjeistus. Viitattu 8.8.2018. <http://www.aka.fi/fi/rahoitus/hyva-tutkimustapa/tutkimuseettiikka1/tutkimuseettinen-lainsaadanto-ja-ohjeistus/>

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Potilasturvallisuusopas 2011. Tampere: Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 4.8.2018. <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Terveystieteidenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 6.7.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tilvis 2016. Kaatuilun yleisyys ja merkitys. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 30.8.2018. <http://www.oppiporssi.fi/op/ger02701/do>

Turunen, E., Mäntynen, R., Kvist, T., Miettinen, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Turunen, H., Partanen, P. 2015. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana: pitkitäistutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella. Viitattu 7.8.2018. <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/docview/1698873050/fulltext/7DA83C772C5B4AF2PQ/3?accountid=12003>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvätieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Viitattu 8.8.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Työtäturvallisuus- ja ammattitautilaki 24.4.2015/459. Viitattu 17.7.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150459>

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Viitattu 17.7.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 16.11.2018. <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Vilpas, P. 2013. Kvantitatiivinen tutkimus. Viitattu 24.11.2018. <https://users.metropolia.fi/~pervil/kvantsu/Moniste.pdf>

World Health Organization 2016. Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems. User guide. Viitattu 5.8.2018. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255642/WHO-HIS-SDS-2016.22-eng.pdf;jsessionid=BB061A6D90F5E2C749914E5CE5FEE828?sequence=1>

Kuviot

Kuvio 1: Haipro-raportointijärjestelmän hyödyntäminen.....	25
Kuvio 2: Haipro-raportointijärjestelmän kokeminen työkaluna.....	26
Kuvio 3: Haipro-ilmoitusten läpi käyminen.....	26
Kuvio 4: Toimintatapojen ja käytäntöjen muuttaminen.....	27
Kuvio 5: Konkreettisten muutosten teko.....	27

Taulukot

Taulukko 1: Hoitohenkilöstön kokemukset.....	25
Taulukko 2: Hoitohenkilöstön haasteet.....	28

Liitteet

Liite 1: Kyselylomake	39
Liite 2: Saatekirje.....	40

Liite 1: Kyselylomake

Kysely Haipro- raportointijärjestelmän käytöstä Riistavuoren monipuolisen palvelukeskuksen hoitohenkilöstölle

Ympyröi taustatiedoista 1-3 itseäsi koskevat vaihtoehdot.			
1. Ammattinimike: 1. Sairaanhoidtaja/ Terveystenhoitaja 2. Lähihoitaja/ Perushoitaja 3. Sosiaaliohjaaja/ Terapeutti	2. Ikä vuosina: 1. 18-25 vuotta 2. 26-35 vuotta 3. 36-45 vuotta 4. 46-55 vuotta 5. 56-65 vuotta 6. Yli 65 vuotta	3. Työkokemus vuosina: 1. Alle 1 vuotta 2. 1-3 vuotta 3. 3-5 vuotta 4. 5-10 vuotta 5. Yli 10 vuotta	
Rastita jokaisen väittämän oikealta puolelta vastausvaihtoehdoista ruutu, joka vastaa parhaiten kokemustasi. Halutessasi voit tarkentaa vastaustasi vapaana tekstinä tarkenna-kenttään.			
4. Olen tutustunut yksikköni ohjeistuksiin vaaratapahtumien raportointikäytännöistä.		Kyllä	Ei
5. Olen saanut perehdytyksen Haipro- raportointijärjestelmän käyttöön.			
6. Osaan käyttää Haipro- raportointijärjestelmää.			
7. Koen, että saan tarvittaessa apua Haipro- ilmoituksen laatimisessa.			
8. Koen, että Haipro-järjestelmää hyödynnetään työyksikössäni tarpeeksi potilasturvallisuuden edistämiseksi.			
9. Koen Haipro- raportointijärjestelmän työkaluna potilasturvallisuuden edistämisessä.			
10. Yksikössäni käydään säännöllisesti läpi Haipro- ilmoituksia.			
11. Haipro-ilmoitusten perusteella yksikköni toimintatapoja sekä käytäntöjä kehitetään tarvittaessa.			
12. Yksikössäni on tehty konkreettisia muutoksia Haipro-ilmoituksista opitun tiedon perusteella.			
13. Yksikössäni on joskus sattunut vaaratapahtuma hoitohenkilöstön puutteellisen tiedonkulun vuoksi.			
14. Haipro- raportointijärjestelmän avulla tarkkaillaan hoitohenkilöstön osaamista.			
15. Olen joskus jättänyt tekemättä Haipro- ilmoituksen vaaratapahtumasta unohtuksen vuoksi.			
16. Olen joskus jättänyt tekemättä Haipro- ilmoituksen vaaratapahtumasta, koska en osannut käyttää Haipro-järjestelmää.			
17. Olen joskus jättänyt tekemättä Haipro- ilmoituksen vaaratapahtumasta ajan puutteen vuoksi.			
18. Olen joskus jättänyt tekemättä Haipro- ilmoituksen vaaratapahtumasta syyllistämisen pelon vuoksi.			
19. Olen joskus jättänyt tekemättä Haipro- ilmoituksen vaaratapahtumasta, koska en usko ilmoituksesta olevan hyötyä.			
20. Teen Haipro-ilmoituksen asiakkaan kaatuessa.			
21. Teen Haipro-ilmoituksen antaessani asiakkaalle väärän lääkeaineen.			
22. Teen Haipro-ilmoituksen antaessani asiakkaalle väärän lääkeannoksen.			
23. Teen Haipro-ilmoituksen asiakkaalle sattuneesta väkivaltatilanteesta.			
24. Teen Haipro-ilmoituksen viallisen tai puutteellisen lääkintälaitteen käytön aiheuttamasta läheltä piti-tilanteesta.			
25. Teen Haipro-ilmoituksen viallisen tai puutteellisen lääkintälaitteen käytön aiheuttamasta haattatapahtumasta.			
Kehittämiseideani Haipro- raportointijärjestelmän käytöstä omassa organisaatiossani:			

Kiitos vastauksestasi!

Liite 2: Saatekirje



SAATEKIRJE
Helsinki
Marraskuu 2018

HYVÄ KYSELYYN VASTAAJA,

Opiskelemme Laurea ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Olemme tekemässä opinnäytetyötä Riistavuoren Monipuolisen palvelukeskuksen yksikössänne aiheesta HaiPro-raportointijärjestelmän hyödyntäminen potilasturvallisessa hoitotyössä: selvitys hoitohenkilöstön kokemuksista ja haasteista.

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia ja mahdollisia haasteita liittyen HaiPro-raportointijärjestelmän käyttöön turvallisessa hoitotyössä. Tavoitteena on osallistua Riistavuoren Monipuolisen palvelukeskuksen potilasturvallisuuden kehittämiseen tuottamalla tietoa HaiPro-raportointijärjestelmän käytön nykytilasta sekä mahdollisista haasteista.

Tähän tutkimukseen on saatu lupa Helsingin kaupungilta. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kaikki antamanne tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti eikä vastauksista pystytä tunnistamaan yksittäisiä henkilöitä tai vastaajan työyksikköä.

Täytä ensin taustatietokysymykset ympäröimällä ammattiryhmäsi, ikäluokkasi sekä työkokemuksesi. Tämän jälkeen valitse väittämässä 4-25 kyllä tai ei-vastaus perustuen omaan kokemukseesi. Halutessasi tarkenna vapaana tekstinä kyllä tai ei-vastaustasi sille tarkoitettuun tilaan. Kyselylomakkeen lopussa voit myös antaa kehittämisideasi vapaana tekstinä koskien HaiPro-raportointijärjestelmän käyttöä omassa organisaatiossasi.

Tutkimukseen on valittu osallistuviksi kaikki työyhteisönne jäsenet, jotka käyttävät työvälineenään HaiPro-raportointijärjestelmää. Pyydämme teitä vastaamaan oheiseen kyselylomakkeeseen ja palauttamaan sen osastoltasi löytyvään, tutkijoille osoitettuun laatikkoon 12.11.2018 mennessä. Vastauksenne ovat meille tärkeitä.

Mikäli teillä on kysyttävää kyselylomakkeesta tai opinnäytetyöstämme, voitte olla yhteydessä myös meihin sähköpostitse. Yhteystietomme näette alta.

YHTEISTYÖSTÄ JA VASTAUKSISTANNE KIITTÄEN,

Anu Airas, Kristiina Kettunen & Minna Muranen

Sairaanhoitaja AMK opiskelijat

etunimi.sukunimi@student.laurea.fi

Metsänpojankuja 3, 02130 Espoo