LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Potilaiden hoitoisuuden yhteys haittatapahtumiin

Jukarainen, Niina
Kauraniemi, Suzanne
Vänttilä, Miia

2015 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Potilaiden hoitoisuuden yhteys haittatapahtumiin

Jukarainen Niina
Kauraniemi Suzanne
Vänttilä Miia
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2015

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiivistelmä

Niina Jukarainen, Suzanne Kauraniemi, Miia Vänttilä

Potilaiden hoitoisuuden yhteys haittatapahtumiin

Vuosi 2015 Sivumäärä 29

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilasturvallisuuteen liittyviä tekijöitä HUS:n sairaalan vuodeosastolla. Tavoitteena oli tutkia, onko potilaiden hoitoisuudella yhteyttä haittatapahtumailmoituksiin. Tutkimuskysymyksinä oli, onko potilaiden hoitoisuus yhteydessä haittatapahtumailmoitusten määrään ja onko nähtävissä yhteyttä tietynlaisten haittatapahtumailmoitusten ja potilaiden hoitoisuuden välillä.

Aineistona käytettiin HUS:n vuodeosaston haittatapahtumailmoituksia ja hoitoisuusluokitustietoja tammikuu-maaliskuulta 2014 sekä loka-joulukuulta 2014. Tutkimuksen otantana käytettiin yhteensä 27 haittatapahtumailmoitusta, joista 23 ilmoitusta oli tehty keväällä ja 4 ilmoitusta syksyllä. Hoitoisuusaineistossa keskityttiin hoitoisuus per hoitaja -arvoihin sekä hoitoisuuspisteisiin.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää haittatapahtumien analysoinnissa sekä hoitoisuuden ja haittatapahtumailmoitusten välisessä yhteydessä. Hoitoisuus per hoitaja -arvoja verrattiin haittatapahtumien määrään, luonteeseen ja tyyppeihin kuukausittain.

Opinnäytetyön tuloksien perusteella hoitoisuudella ei ollut etsittyä yhteyttä haittatapahtumiin, jolloin osaston korkea hoitoisuus olisi lisännyt haittatapahtumailmoitusten syntyä. Sen sijaan haittatapahtumailmoituksia oli ilmoitettuna eniten silloin, kun osaston hoitoisuus oli alhainen.

Jatkotutkimusehdotuksena on tutkia haittatapahtumien yhteyttä hoitoisuuteen laajemmalla otannalla sekä selvittää syitä sille, miksei haittatapahtumailmoituksia tehdä. Lisäksi voitaisiin tutkia, mitkä tekijät vaikuttavat haittatapahtumiin ja miten niitä voitaisiin ehkäistä.

Asiasanat: potilasturvallisuus, potilaiden hoitoisuus, haittatapahtumat

Laurea University of Applied Sciences
Laurea Otaniemi
Nursing

Abstract

Jukarainen Niina, Kauraniemi Suzanne, Vänttilä Miia

Patient care intensity in connection to adverse events

Year 2015 Pages 29

The purpose of this thesis was to outline factors relating to patient safety at an inpatient ward of HUS-hospital. The aim of the study was to investigate whether patient care intensity and adverse event reports are interrelated. The research questions for the study were, whether the patient care intensity is linked with the number of adverse event reports or is there a link between certain kind of adverse event reports and the patient care intensity.

The references and material utilized were collected from a HUS inpatient ward adverse event reports and patient classification data between January and March 2014 as well as between October and December 2014. The sample of the study consisted of 27 adverse event reports in total, of which 23 reports were conducted in the spring and four in the fall 2014. Patient care intensity material related to both patient care intensity per nurse statistics and patient care intensity points.

The quantitative research method was used to analyze adverse events and the links between the reports and patient care intensity. Patient care intensity values were analyzed by frequencies, natures and types of adverse events per months.

Based on the results of this thesis patient care intensity didn't have the searched connection to adverse events, when high patient care intensity would have increased the adverse events reports. Instead the adverse event reports were most reported when patient care intensity was low.

Implications for further research include: first, investigating the link between adverse events and patient care intensity in a larger scale. Second, the reasons why adverse event reports are not carried out could be studied. Third, the investigation could concentrate on finding the factors that affect adverse events. Additionally, ways to prevent adverse events could be discovered.

Keywords: patients safety, patient care intensity, adverse events

Sisällys

1 Johdanto 6
2 Potilasturvallisuus 7
2.1 Potilasturvallisuus hyvän hoidon perustana 7
2.2 Haittatapahtuma 8
2.3 HaiPro-järjestelmä 9
2.4 Hoitoisuus ja RAFAELA™ –hoitoisuusluokitusjärjestelmä 9
3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys 11
4 Tutkimusmenetelmät 11
4.1 Aineiston keruu 11
4.2 Aineiston analysointi 12
5 Tulokset 13
5.1 Haittatapahtumat 13
5.2 Hoitoisuus 15
5.3 Hoitoisuuden yhteys haittatapahtumiin 16
5.4 Muut yhteydet 19
6 Pohdinta 20
6.1 Tulosten tarkastelu 20
6.2 Eettisyys ja luotettavuus 21
6.3 Jatkotutkimusehdotukset 23
Lähteet 24
Kuviot 26
Taulukot 27
Liitteet 28

1 Johdanto

Potilasturvallisuutta halutaan jatkuvasti edistää ja kehittää eteenpäin. Laki potilaan asemasta vaatii, että hoidon on perustuttava hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin sekä tutkittuun ajankohtaiseen näyttöön (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 17.8.1992/785). Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) ovat molemmat kehittäneet oman Potilasturvallisuusoppaansa, joissa molemmissa on sama tärkeä viesti: jokaisella potilaalla on oikeus saada tarvitsemaansa ja oikeanlaista hoitoa, josta aiheutuisi potilaalle vähiten haittaa. (THL 2011; HUS 2013.)

Potilasturvallisuutta kehitetään yhdeltä osalta tutkimalla haittatapahtumia. Erilaisia hoito- ja lääkehaittatapahtumia tapahtuu jokapäiväisessä hoitotyössä terveydenhuollon puolella. Niitä pitäisi analysoida systemaattisesti ja niistä saatu tieto tulisi välittää laajasti organisaatiossa. Näin potilasturvallisuuden kehittäminen nähtäisiin osana ”jatkuvaa laaja-alaista hoidon laadun kehittämistä”. (Kuisma 2010.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan potilasturvallisuuden toteutumista HUS:n vuodeosastolla tutkimalla haittatapahtumailmoitusten ja potilaiden hoitoisuuden välistä yhteyttä. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä on, onko hoitoisuudella yhteyttä haittatapahtumailmoitusten määrään ja tietynlaisiin haittatapahtumiin. Materiaalina käytetään kuuden kuukauden ajanjaksolta saatuja HaiPro -haittatapahtumajärjestelmän ilmoituksia ja RAFAELA™ – hoitoisuusluokitusjärjestelmän hoitoisuusluokitustietoja.

2 Potilasturvallisuus

Hoitoisuuden ja haittatapahtumailmoitusten välistä yhteyttä on selvitetty vain vähän. Näin ollen tämä opinnäytetyö keskittyy tarkkailemaan potilasturvallisuuden toteutumista yksikössä tutkimalla haittatapahtumailmoituksista saatavaa tietoa sekä osaston potilaiden hoitoisuutta RAFAELA™- hoitoisuusluokitusjärjestelmää hyödyntäen. Opinnäytetyötä tehdessä keskitytään RAFAELA™- hoitoisuusluokitusjärjestelmän hoitoisuustietoihin ja HaiPro -järjestelmällä tehtyihin haittatapahtumiin ja tarkastellaan tätä kautta, onko potilaiden hoitoisuudella yhteyttä haittatapahtumiin.

2.1 Potilasturvallisuus hyvän hoidon perustana

Potilasturvallisuus on perusta hyvän hoidon toteutumiselle ja aiheesta löytyy laaja-alaisesti tutkittua tietoa. Potilasturvallisuus tarkoittaa, että potilas saa tarvitsemansa hoidon mahdollisimman turvallisesti. Potilasturvallisuus kattaa ennaltaehkäisevän työn, sairauksien ehkäisyn, oikeanlaisen diagnoosin ja hoidon sekä turvallisen lääkehoidon toteutuksen. Potilaan oikeus turvalliseen ja asianmukaiseen hoitoon on kirjattu terveydenhuoltolakiin 1326/2010. (THL 2011.)

Potilasturvallisuuden tulee olla osa organisaation riskienhallintaa. Potilasturvallisuutta lisäämällä voidaan parantaa hoidon laatua, vähentää potilaan kärsimyksiä sekä pienentää kokonaiskustannuksia (Kuisma 2010). Kuisman tutkimuksen tavoitteena oli tuoda esille erään organisaation eri toimialueilla (erikoissairaanhoito, laitoshoito ja vanhainkoti) keskeisimmät potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueet ja tutkia ilmoitettuja potilashoidon haittatapahtumia, niiden taustatekijät ja mitä vaikutuksia tapahtumilla oli organisaatiolle ja potilaalle. Osa-alueet joita pitäisi kehittää potilasturvallisuuden kannalta, olivat esimerkiksi informointi, raportointi, toimintatavat, ohjeistus ja liikkumisen rajoittaminen. Kuisman (2010) mukaan haittatapahtumien raportointi on tärkeää potilasturvallisuuden kehittämistä ja on huomioitava, ettei ainoastaan tiedon keruu ja haittatapahtumailmoitusten käsittely lisää potilasturvallisuutta.

Kartoitettaessa hoitohenkilökunnan näkemyksiä haittatapahtumien ennaltaehkäisystä esille nousi tarkkaavaisuuden ja huolellisuuden lisääminen, yhteisten hoitolinjojen ja ohjeiden sopiminen sekä Mirandan, potilaskertomusjärjestelmän, selkiyttäminen. Ulkoisten tekijöiden kuten erilaiset häiriöiden, kiireen ja työympäristön rauhattomuuden koettiin myötävaikuttavan oleellisesti tarkkaavaisuuden ja huolellisuuden heikentymiseen, joten aina ei ole perusteltua etsiä syytä työntekijästä. (Härkänen, Turunen, Saano & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55–56.)

Haittatapahtumia pitää analysoida systemaattisesti ja välittää siitä saatua tietoa laajasti organisaatiossa, jotta potilasturvallisuuden kehittäminen nähtäisiin osana ”jatkuvaa laaja-alaista hoidon laadun kehittämistä” (Kuisma 2010). Haittatapahtumien raportointia ja tulosten analysointia pitää hyödyntää tutkimalla ”mikä tapahtumapaikassa ja ajankohdassa aiheuttaa potilasturvallisuuden riskin lisääntymistä” (Kuisma 2010, 51), jolloin jatkossa suunnitellut muutokset voivat vaikuttaa potilasturvallisuuteen kehittävästi. Kuisman mukaan kuitenkin vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuuden vaihdelleen voimakkaasti toimialueittain ja on esitetyn arvioita, että vain alle 10–30 % haittatapahtumista tai vaaratilanteista tehtäisiin ilmoitus.

2.2 Haittatapahtuma

Potilasturvallisuutta heikentäviä tekijöitä löytyy jokaisesta yksiköstä; esimerkiksi uudet lääkkeet ja teknologia, puute työntekijöistä ja vaihtuvuus sekä palvelujärjestelmän jakautuminen eri osiin, kaikki yhdessä heikentävät turvallisen hoitotyön toteuttamista aiheuttamalla muun muassa ongelmia hoidon tiedonkulussa, jatkuvuudessa sekö toteutuksessa. Mikäli nämä riskit oleellisesti vaarantavat potilaan turvallista hoitoa tai aiheuttavat haittaa potilaalle, niitä sanotaan haittatapahtumiksi. (THL 2011.)

Haittatapahtumalla tarkoitetaan hoidon aiheuttamaa haittaa potilaalle. Haittatapahtumia voi esiintyä muun muassa lääkehoidossa, hoidon jatkuvuudessa, kirjaamisessa sekä hoitotoimenpiteissä. THL:n Potilasturvallisuusoppaassa (2011) ilmenee, että joka kymmenes potilas kokee haittaa hoidosta, yhdellä sadasta potilaasta haittatapahtuma on vakava sekä yhdellä tuhannesta haitta tai hoitovirhe on potilaan henkeä uhkaava perustuen useiden maiden potilasturvallisuuskartoitukseen. Näiden pohjalta tutkijat ovat lisäksi päätyneet tulokseen, jonka mukaan näistä haittatapahtumista yli puolet olisi estettävissä ennakoivalla toiminnalla. Poikkeamien ja haittatapahtumien raportointi auttaa parantamaan potilasturvallisuutta, kun haittatapahtumat ja näiden riski opitaan tiedostamaan, käsittelemään ja jatkossa ennaltaehkäisemään. (THL 2011.)

Potilaalla on oikeus tietää hänen kohdallaan sattuneesta haittatapahtumasta. Lait määräävät haittatapahtumien raportoimisesta potilaalle, sillä terveydenhuollon ammattilaisen tulee kertoa potilaalle totuudenmukaista tietoa hänen hoidostaan sekä siihen liittyvistä asioista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 17.8.1992/785). Terveydenhuoltolaki puolestaan velvoittaa toimintayksikköä laatimaan suunnitelman, kuinka toteuttaa potilasturvallisuutta sekä taata riittävän laadukas hoito potilaalle (Terveydenhuoltolaki, 30.12.2010/1326). Haittatapahtumajärjestelmä on laadittu, jotta potilasturvallisuutta voitaisiin edistää valtakunnallisesti sekä toimiyksiköiden sisällä. (HaiPro 2013.)

Haittatapahtumailmoituksia tutkittiin vuosina 2007 – 2009 Suomen terveydenhuollon yksiköissä (Ruuhilehto ym. 2011). Haittatapahtumailmoitukset sisältävät tyyppiluokituksen, jolloin toimiyksiköt voivat seurata minkälaisia vaaratapahtumia yksikössä tapahtuu eniten. Tutkimuksessa ilmeni, että yli 50 prosenttia kaikista haittatapahtumista oli neste- ja lääkehoidon poikkeamia. (Ruuhilehto, Kaila, Keistinen, Kinnunen, Vuorenkoski & Wallenius 2011, 1037.)

Härkäsen tutkimuksen (Härkänen ym. 2013.) tuloksissa ilmeni, että tutkimuskohteena olevassa yliopistosairaalassa tehdyistä lääkehoitoon liittyvistä haittatapahtumista sairaanhoitajien ilmoittamia oli jopa 82,6 prosenttia, josta 69,2 prosenttia haittatapahtuneista oli tapahtunut potilaalle. Viidesosa haittatapahtumista ilmeni kirjaamisen tai kirjausten lukemisen yhteydessä (Härkänen ym. 2013, 54). Yleisimmät haittatapahtumatyypit lääkehoidossa olivat joko väärä lääkeannos tai lääke oli saamatta.

2.3 HaiPro-järjestelmä

Suomessa tunnetuin potilasturvallisuutta vaarantavien tekijöiden raportointiin tehty raportointijärjestelmä on VTT:n ja Lääkelaitoksen kehittämä sähköinen HaiPro -järjestelmä, jonka käyttö on yleistynyt suuresti vuodesta 2007. HaiPro perustuu haittatapahtumailmoitusten raportointiin ja se on pääsääntöisesti tarkoitettu toimiyksiköiden sisäiseen käyttöön hoitotyön toiminnan kehittämiseksi. (Ruuhilehto ym. 2011, 1034.)

HaiPro -järjestelmä on osana Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuusstrategiaa, jonka tarkoituksena on kehittää potilasturvallisuutta sekä työturvallisuutta työympäristössä. Jotta riskeistä voitaisiin oppia, haittatapahtumailmoituksien tekemisen kynnystä halutaan pitää mahdollisimman alhaisena. Näin kaikki haittatapahtumat tulisivat esille. Haittatapahtumailmoitusten raportointi sekä käsittely perustuvat vapaaehtoisuuteen, luottamukseen, syyttelemättömyyteen ja työympäristön toiminnan kehittämiseen eikä syyllisen etsimiseen. (HaiPro 2013.)

2.4 Hoitoisuus ja RAFAELA™ –hoitoisuusluokitusjärjestelmä

Hoitoisuudella voidaan tarkastella, kuinka paljon ja kuinka intensiivisesti potilas tarvitsee hoitoa. Hoitoisuutta tarkastellaan erilaisin tunnusluvuin, esimerkiksi hoitoisuus/hoitaja- tai hoitoisuusluokkajakauman perusteella. Potilaan hoitoisuuteen vaikuttavat useat osa-alueet kuten hoidon suunnittelu ja avun tarve sairauden oireiden lievittämisessä. Näitä varten tarkkaillaan erikseen nestehoitoa, eritystoimintaa sekä verenkierto- ja hengitystoimintaa ja näissä tarvittavaa hoitoa. Potilaan lääkehoidon määrä ja vaativuus vaikuttaa myös potilaan hoitoisuuteen. (Luhtasela 2006, 16.)

Toimiyksiköt tarkastelevat potilaidensa hoitoisuutta RAFAELA™- hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla. RAFAELA™ on Suomen Kuntaliiton omistama hoitoisuusluokitusjärjestelmä, jota hallinnoi FCG Oy (Finnish Consulting Group Oy). Hoitoisuusluokitusjärjestelmä on yleisesti käytössä sosiaali- ja terveydenhuollossa. RAFAELAn™ avulla saadaan tuotettua tiedot potilaiden hoidon tarpeesta, siihen tarvittavista resursseista sekä työn kustannuksista että tuottavuudesta (FCG, Finnish Consulting Group 2015). Leena Luhtaselan (2006) tutkimuksessa tutkittiin hoitajien kuormitusta, potilaan hoitoisuutta ja niiden yhteyttä toisiinsa sekä miten hoitoisuus vaikuttaa hoitajien työhön, sen toteutumiseen ja kehittämiseen, suunnitteluun, priorisointiin ja hoitajien omaan hyvinvointiin. Tutkittavan osaston hoitajat tekivät OPCq – luokittelun (RAFAELA™ – hoitoisuusluokitusjärjestelmä) lisäksi 6-8 viikon ajan päivittäin kokonaisarvion itse hoitamiensa potilaiden hoitoisuudesta tietyllä asteikolla. Tutkimuksessa ilmeni hoitajien näkemys siitä, että potilaiden paranemista edistäisi potilaiden ja hoitohenkilökunnan välinen avoin luottamuksellinen suhde, hoitajien omien vuorovaikutussuhteiden ylläpitäminen, turvallinen työilmapiiri sekä potilaiden oma kiinnostus paranemiseen. (Luhtasela 2006.)

RAFAELA™ –hoitoisuusluokitusjärjestelmässä vuodeosastolla on käytössä OPCq-mittari, jolla mitataan potilaan hoitoisuutta. PAONCIL – menetelmällä taas määritellään osaston optimaalinen hoitoisuustaso. (Luhtasela 2006, 14) Hoitoisuus per hoitaja – arvon saa jakamalla osaston hoitoisuusvuorokauden kokonaishoitoisuuspisteet henkilökuntaresurssilla (Lonkila 2006). Osastolla toteutuva hoitoisuus on hoitoisuus per hoitaja –arvon suhde yksikön optimaalisen hoitoisuuden arvoon. Jokaisella osastolla on oma optimiarvonsa, joka tehdään PAONCIL -menetelmän avulla. Osaston hoitajat tekevät jokaisesta työvuorostaan kokonaisarvion lomakkeelle itse hoitamiensa potilaiden hoitoisuudesta asteikolla -3:sta +3:een (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3). Lomake on seitsemänjakoinen jana-asteikko, jossa nolla-aste kuvaa optimaalista hoitoisuustasoa (sekä +/- 15 % -tasot), jolloin potilaiden hoidon tarve on tasapainossa käytössä olevan henkilöstöresurssin kanssa. Hoitaja pystyy täyttämään potilaan hoidon tarpeet ja antamaan laadullista hoitoa, kun hoitoisuus on matalalla (-3, -2, -1). Hoitoisuuden ollessa melko korkealla tai korkea (+1, +2, +3) hoitaja joutuu valitsemaan työtehtäviään, eikä ohjaukseen tai suunnitteluun jää aikaa (Rauhala ym. 2004, 353). Optimaalisessa tilanteessa potilaan hoitoisuus ja henkilöstöresurssit ovat keskenään tasapainossa ja tämä edesauttaa hyvän hoidon toteutumista. (Luhtasela 2006, 24.)

Hoitoisuusluokituksella saadaan numeerinen arvo potilaan hoitoisuudelle, joka voidaan arvioida matalaksi, keskimääräiseksi ja korkeaksi potilaan hoidon tarpeen mukaan. Luokka I kuvaa vähimmäishoidon tarvetta ja luokka II keskimääräistä hoidon tarvetta. Luokka III kuvaa keskimääräistä suurempaa hoidon tarvetta ja luokka IV maksimaalista hoidon tarvetta. Viimeisenä on luokka V joka kuvaa intensiivistä hoidon tarvetta, jossa potilas saa luokiteltaessa maksimaaliset 21 -24 pistettä. (FCG, Finnish Consulting Group 2015) Finnhoitoisuusprojektissa vuosilta 2000 - 2002 ilmenee kuinka päivinä, jolloin osastolla on ollut matala hoitoisuus, työnteki-

jät ovat voineet hyvin ja heillä on ollut aikaa toteuttaa yksilöllistä hoitotyötä ja suunnitella töitä hyvin (Luhtasela 2006, 65–66). Hoitoisuuden ollessa korkea, yli 90 % vastanneista sairaanhoitajista koki työnsä stressaavaksi ja he myös kokivat, etteivät olleet pystyneet vastaamaan potilaan hoidon tarpeeseen riittävissä määrin. Vuonna 2004 tehdyn sairaanhoitajien työolobarometrin mukaan on lisäksi havaittavissa, että mitä suurempi potilaiden määrä oli suhteessa hoitajien määrään, sitä enemmän hoidon laatu kärsi ja myös haittatapahtumia sattui potilaille enemmän. (Partanen, Heikkinen & Vehviläinen-Julkunen 2005.)

RAFAELA™ – järjestelmän luotettavuutta on myös selvitetty, jotta sitä voitaisiin käyttää Suomen erikoissairaanhoidossa hoitoisuuden mittarina (Rauhala 2008). Tutkimuksessa ilmeni RAFAELA™ - hoitoisuusluokitusjärjestelmä sekä OPCq –mittari ovat osoittautuneet valideiksi mittareiksi. OPCq – mittari on tarkoitettu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon somaattisille vuodeosastoille sekä tehostamaan palveluasumista. (FCG, Finnish Consulting Group 2015) Tärkeänä havaintona tutkimuksessa kävi lisäksi ilmi, että suuret työmäärät johtivat lisääntyneisiin sairauspoissaoloihin, jopa 12 sairaslomapäivää per henkilövuosi ja myös työmäärä saattoi lisätä henkilöstön työterveydellisiä ongelmia merkittävästi. (Rauhala 2008.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilasturvallisuuteen liittyviä tekijöitä HUS:n sairaalan vuodeosastolla. Tavoitteena on kuvailla osaston haittatapahtumailmoituksia ja niiden yhteyttä osaston potilaiden hoitoisuuteen ja kuormitukseen.

Tutkimuskysymykset:
– Onko potilaiden hoitoisuus yhteydessä haittatapahtumailmoitusten määrään?
– Onko nähtävissä yhteyttä tietynlaisten haittatapahtumailmoitusten ja potilaiden hoitoisuuden välille?

4 Tutkimusmenetelmät

4.1 Aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista lähestymistapaa haittatapahtumailmoituksien määrittelyssä. Opinnäytetyön tutkimusaineistona on osastolla tehdyt haittatapahtumailmoitukset sekä osaston hoitoisuus tiedot, minkä vuoksi aineiston keruu menetelmäksi on valittu asiakirjatutkimus. Haittatapahtumailmoitus aineistot sekä hoitoisuusraportit saatiin tammimaaliskuulta 2014 sekä loka-joulukuulta 2014 HUS:n palveluksessa olevalta kliiniseltä asiantuntijalta, joka on toiminut tämän opinnäytetyön yhteyshenkilönä. Haittatapahtumia verrattiin hoitoisuustietoihin kuukausittain, jolloin voitiin tarkastella niiden mahdollisia yhteyksiä.

Haittatapahtumailmoituksia oli ilmoitettu keväällä 23 ja syksyllä neljä kappaletta, jotka eriteltiin määrän, tyypin sekä luonteen mukaan kuukausittain. Osaston hoitoisuusarvot saatiin RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmän kautta, jonka avulla osastolla hoidossa olleet potilaat oli luokiteltu päivittäin OPCq-mittarilla klo 15:00–14:59 väliseltä ajalta. Hoitoisuustietoja tarkastellessa tutkittiin osaston hoitoisuuspisteitä sekä hoitoisuutta hoitajaa kohden tarkoituksena selvittää kuormittavuutta osastolla kyseisten kuukausien aikana. Osastolla oli lisäksi kirjattu hoitotyössä käytetyt resurssit, joista saatiin tietoa, kuinka suuri hoitoisuus oli hoitajaa kohden kyseisinä kuukausina (FCG, Finnish Consulting Group 2015). Hoitoisuus per hoitaja –arvoa peilataan normaalisti osaston optimaaliseen hoitoisuuteen, mutta opinnäytetyön kohdeosastolla ei kyseessä olevaa optimitasoa ollut käytössä vuonna 2014. Optimitaso määritellään tietyin väliajoin ja jos määrittelyssä ei ole riittävästi yhteneväisyyttä, tasoa ei voida käyttää. Uusi optimitaso voidaan määritellä PAONCIL –mittauksella vasta seuraavan rinnakkaisluokittelun jälkeen.

Kohdeosasto on ympäri vuorokauden ja vuoden jokaisena päivänä toimiva HUS:n vuodeosasto, jonka yhteydessä toimii myös poliklinikkavastaanotto. Osastolla on 26 sairaansijaa, joiden käyttöaste on vaihdellut 55,70 – 84,62 prosentin välillä tammi-maaliskuussa sekä lokajoulukuussa vuonna 2014. Hoitoisuusluokkia tutkittaessa potilaat painottuivat kohdeosastolla tutkitulla ajanjaksolla selkeästi hoitoisuusluokkiin III ja IV, joista luokka III kuvaa keskimääräistä suurempaa hoidon tarvetta ja luokka IV maksimaalista hoidon tarvetta. (FCG, Finnish Consulting Group 2015.)

Potilaat tulevat hoitoon lähetteellä ja suurin osa potilaista tulee ennalta sovittuna aikana kiireellisyysmäärityksen mukaisesti osastolle toimenpiteisiin ja tutkimuksiin. Osastolla on sekä lyhytkirurgisia että päivystyspotilaita, joiden hoitoaika vaihtelee päivästä viikkoihin. Keskimääräinen osastolla olo aika on noin 2,5 vuorokautta. Harvoissa poikkeustapauksissa osastolle voi tulla myös päiväkirurgisia potilaita. Osastolla työskentelee osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan lisäksi 19 sairaanhoitajaa, seitsemän perushoitajaa sekä lisäksi kolme osastosihteeriä. Osastonylilääkärin lisäksi osastolla toimii erikoislääkäreitä ja erikoistumassa olevia sairaalalääkäreitä. Muuta henkilökuntaa ovat fysioterapeutit sekä laitoshuoltajat. (HUS 2014.)

4.2 Aineiston analysointi

Kun aineisto kerätään, luetaan tutkimusaineisto huolellisesti läpi. Aineiston analyysimenetelmänä käytetään kuvailevaa kvantitatiivista tutkimusmenetelmää eli tuodaan esille määrällistä tietoa. Ensin kuvataan ja luokitellaan aineisto, jonka jälkeen yhdistetään analysoinnissa saadut tulokset. Analyysin tuloksia kuvataan määrällisesti muun muassa frekvenssien avulla. HaiPro –järjestelmän haittatapahtumailmoituksia tutkiessamme keskitytään raportoimaan

haittatapahtumien määrää, tyyppejä ja luonnetta. Näitä verrataan opinnäytetyössä käytettäviin RAFAELA™ –hoitoisuustietoihin.

Kuvailevalla analyysimenetelmällä tuodaan esille minkä tyyppisiä ja luonteisia haittatapahtumia on tutkittavalla osastolla tapahtunut. Haittatapahtumia voidaan kuvailla yleisellä tasolla, esimerkiksi kertomalla minkälainen haittatapahtuma oli kyseessä ja oliko läheltä piti – tapahtuma, mutta yksityiskohtaisia tietoja ei julkaista. Aineiston suoria lainauksia ei käytetä raportoinnissa. Haittatapahtumien kuvailun jälkeen tuodaan esille frekvenssein, kuinka usein tietyn tyyppisiä ja luontoisia haittatapahtumia tapahtuu osastolla kyseisellä ajanjaksolla.

RAFAELA™ – hoitoisuusluokitustiedoista tutkitaan hoitoisuuspisteitä sekä hoitoisuus per hoitaja -arvoja. Hoitoisuuspisteet ovat sen yhden kuukauden aikana osastolla luokiteltujen potilaiden hoitoisuuspisteet yhteen laskettuna. Hoitoisuus per hoitaja – arvon sai jakamalla osastonkokonaishoitoisuuden sinä päivänä työskennelleiden hoitajien lukumäärällä (Lonkila 2006). Hoitoisuus per hoitaja arvoja verrataan haittatapahtumien määrän, tyyppien ja luonteiden kanssa keskenään. Hoitoisuusluokitustiedoista tarkasteltiin myös hoitoisuuspisteitä, potilaiden hoitoisuusluokkia ja hoitajien määrää.

Opinnäytetyössä käytetään kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, jolloin havainnollistamme tuloksia graafisesti. Tällöin aineistosta todetaan tutkittavien ilmiöiden määrä ja jäsennetään ne erilaisiin luokkiin (Heikkilä 2014). Opinnäytetyössä tutkitaan muuttujia, jotka ovat potilaiden hoitoisuus ja osastolla tapahtuneet haittatapahtumat, jolloin näiden välistä yhteyttä tarkastellaan.

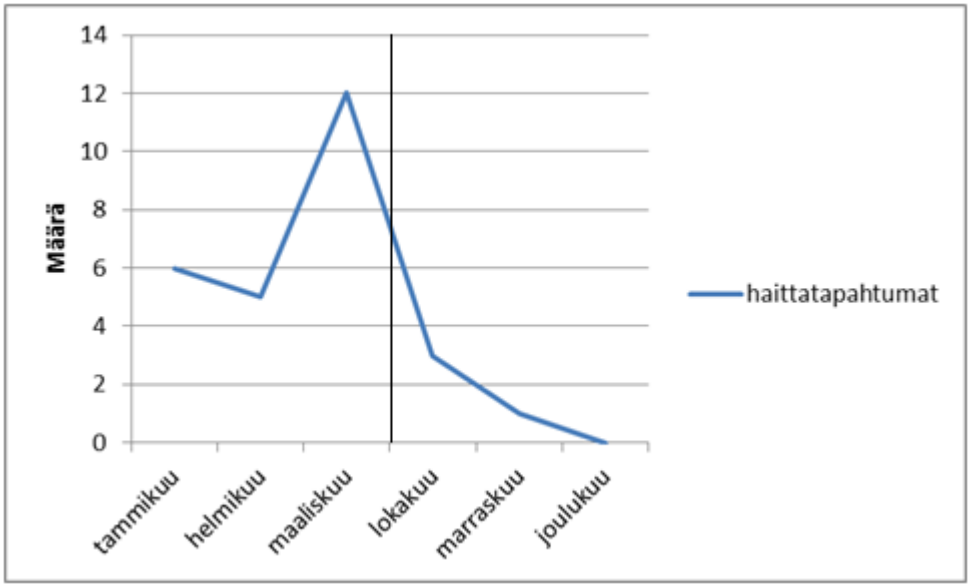
Aineiston määrällistä aineistoa analysoidessa käytetään Microsoftin Excel laskentataulukko -ohjelmistoa, joka on luotettava tutkimuksen pienen otannan sekä helppokäyttöisyyden vuoksi.

5 Tulokset

5.1 Haittatapahtumat

Keväällä haittatapahtumailmoituksia oli eniten ilmoitettu maaliskuussa eli 12 kappaletta, joista seitsemän oli haittatapahtumatyypiltään lääke- ja nestehoitoon liittyviä. Tammikuussa haittatapahtumailmoituksia oli ilmoitettu kuusi ja helmikuussa viisi kappaletta. Näiden kahden kuukauden aikana eniten sattuneet haittatapahtumatyypit liittyivät tällä kertaa tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan. Kevään haittatapahtumista eniten tapahtui luonteeltaan ”läheltä piti” –tilanteita, joita oli yhteensä 13 kappaletta. Potilaalle tapahtuneita haittatapahtumia oli ilmoitettu 10 kappaletta kaikista ilmoitetuista haittatapahtumista.

Syksyn haittatapahtumia oli kevään aineistoon verraten vähemmän, kun marraskuussa oli ilmoitettu vain yksi haittatapahtumailmoitus ja joulukuussa ei ollut yhtäkään ilmoitettuna. Lokakuussa oli ilmoitettu kolme, joista kaksi olivat tyypiltään tiedonkulkuun liittyviä ja yksi lääkehoitoon liittyvä. Luonteeltaan vain yksi ilmoitettu haittatapahtuma oli ehtinyt tapahtua potilaalle. Marraskuussa ilmoitettu haittatapahtuma liittyi lääkehoitoon ja tapahtui potilaalle.



Kuvio 1: Haittatapahtumien määrä kuukausittain.

Frekvenssein kuvailtuna voidaan todeta, että osastolla oli ilmoitettu yhteensä enemmän läheltä piti -tapahtumia (15) kuin potilaalle tapahtuneita haittatapahtumia, joita oli 12. Maaliskuussa oli eniten sekä läheltä piti että potilaalle tapahtuneita haittatapahtumia, kuten näkyy alla olevassa taulukossa (Taulukko 1).

Taulukko 1: Haittatapahtumien luonne syksyllä ja keväällä.

Kuukausi	Läheltä piti	Tapahtunut pot.	Yht.
Tammikuu	3	3	6
Helmikuu	4	1	5
Maaliskuu	6	6	12
Lokakuu	2	1	3
Marraskuu	0	1	1
Joulukuu	0	0	0
Yht.	15	12	27

Haittatapahtumien tyypit on jaettu kolmeen eri tyyppeihin, lääkehoitoon, tiedonkulkuun ja muu -haittatapahtumiin. Muu -osioon kuuluu haittatapahtumatyypit: laboratorio, aseptiikka, tapaturma tai muu hoito/seuranta. Lääkehoito esiintyi 12 kertaa, tiedonkulku 11 kertaa ja

muut esiintyivät kuusi kertaa*. Tämä on havainnollistettuna alla olevassa taulukossa (Taulukko 2).

Taulukko 2: Haittatapahtumatyypit keväällä ja syksyllä.

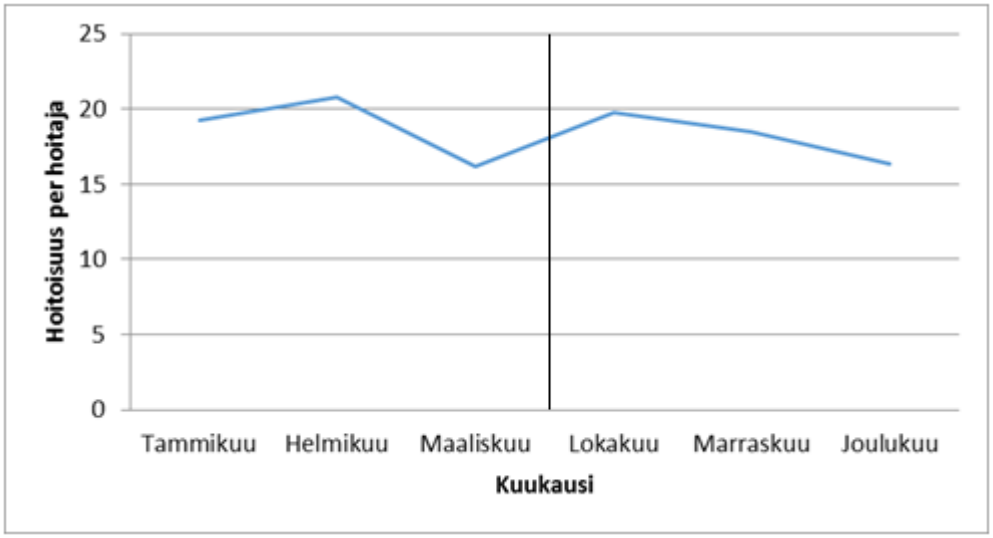
Kuukausi	Lääkehoito	Tiedonkulku	Muut	Yht.
Tammikuu	2	3	2	7
Helmikuu	1	3	1	5
Maaliskuu	7	3	3	13
Lokakuu	1	2	0	3
Marraskuu	1	0	0	1
Joulukuu	0	0	0	0
Yht.	12	11	6	29*

*Haittatapahtumailmoituksia oli ilmoitettu yhteensä 27 ja haittatapahtumatyyppejä oli yhteensä 29. Tämä johtuu siitä, että kahdessa eri haittatapahtumailmoituksessa oli kaksi eri haittatapahtumatyyppiä.

5.2 Hoitoisuus

Potilaiden hoitoisuus osastolla vaihteli tutkittujen kuukausien välillä. Syksy oli raskaampi kuin kevät, jolloin kaikkien kolmen kuukauden hoitoisuuspisteet yhteenlaskettuna oli yhteensä 32071 ja pisteet olivat luokkaa 7343 – 9508, jolloin korkein arvo esiintyi lokakuussa. Keväällä pistemäärä oli 27577 ja pisteet olivat tällöin luokkaa 6265 – 7422, jolloin korkein arvo oli tammikuussa. Kaikkia kuutta kuukautta tarkasteltaessa alhaisimmat hoitoisuuspisteet olivat maaliskuussa ja korkeimmat lokakuussa.

Hoitoisuus per hoitaja –arvo antaa tarkempaa viitettä siitä, miten hoitoisia potilaat olivat keskimäärin yhtä hoitajaa kohden. Potilaiden hoitoisuus oli vähäisempää maaliskuussa ja joulukuussa. Arvo tällöin vaihteli 16,22 – 16,37 kohdilla. Korkeimmillaan arvo oli tammi-, helmi- ja lokakuussa vaihdellen välillä 19,76 – 20,78. Alla olevassa kuviossa näkyy tarkemmin, miten hoitoisuus per hoitaja –arvo jakautuu tutkittavalla aikavälillä.



Kuvio 2: Osaston hoitoisuus kuukausittain kuvattuna hoitoisuus per hoitaja –arvolla.

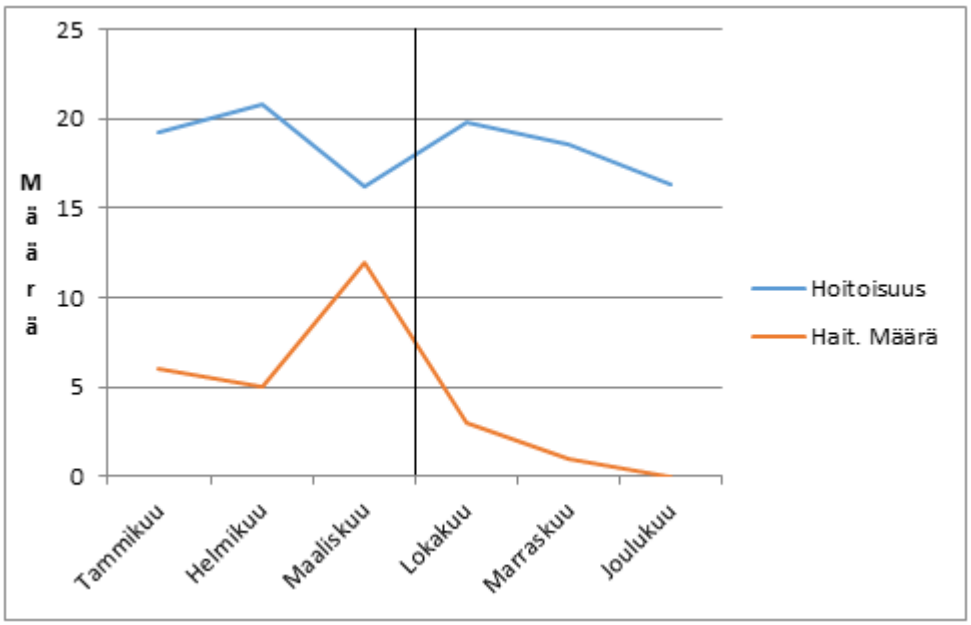
Hoitoisuusluokkia tutkittaessa potilaat painottuivat kohdeosastolla tutkitulla ajanjaksolla selkeästi hoitoisuusluokkiin III ja IV. Loppuvuodesta marras-joulukuussa oli myös muita tutkittuja kuukausia enemmän V hoitoisuusluokan potilaita. Kun keväällä oli keskimäärin 4-7 hoitopäivän verran luokan V potilaita, marraskuussa näitä oli 17 ja joulukuussa 13 hoitopäivän edestä. II hoitoisuusluokan potilaita oli vähemmän kuin korkeamman hoitoisuusluokan potilaita: tammikuussa II luokan potilaat muodostivat 12,7 prosenttia kun taas lokakuussa 29,7 prosenttia kaikista hoitopäivistä. Muina kuukausina II luokan potilaiden määrä kaikista potilaista oli edellä mainittujen arvojen välillä. Arvoissa ei ole huomioitu poliklinikan potilaita, joille ei ole tehty hoitoisuusluokitusta. Hoitopäivissä mitattuna luokan I potilaita on hyvin pieni määrä, noin 1-6 hoitopäivää. Osastolta saadun tiedon mukaan nämä ovat potilaita, jotka ovat kotiutuneet klo 15 jälkeen, jolloin heistä on tehty luokitus lyhyeltä ajalta.

5.3 Hoitoisuuden yhteys haittatapahtumiin

Vastaamalla ensimmäiseen tutkimuskysymykseen onko hoitoisuudella yhteyttä haittatapahtumien määrään, haittatapahtumailmoituksia ja hoitoisuus per hoitaja – arvoa toisiinsa vertailemalla saatiin selville, kuinka hoitoisuus arvon ollessa matala haittatapahtumia oli ilmoitettuna eniten. Maaliskuussa haittatapahtumia oli ilmoitettu yhteensä 12 kappaletta, jolloin hoitoisuus on matalimmillaan (16,22). Hoitoisuus oli korkeimmillaan helmikuussa 20,78 hoitoisuus per hoitaja - arvolla, jolloin haittatapahtumia oli ilmoitettu viisi kappaletta. Haittatapahtumia ei ollut ilmoitettuna yhtäkään, jolloin hoitoisuusarvo (16,37) oli suunnilleen samalla tasolla kuin maaliskuussa, jolloin oli eniten ilmoitettu haittatapahtumia (Taulukko 2).

Taulukko 3: Haittatapahtumien määrä ja hoitoisuus.

	Tammikuu	Helmikuu	Maaliskuu	Lokakuu	Marraskuu	Joulukuu	
Hoitoisuus	19,28	20,78	16,22	19,76	18,52	16,37	n=
Hait. Mää-rä	6	5	12	3	1	0	27

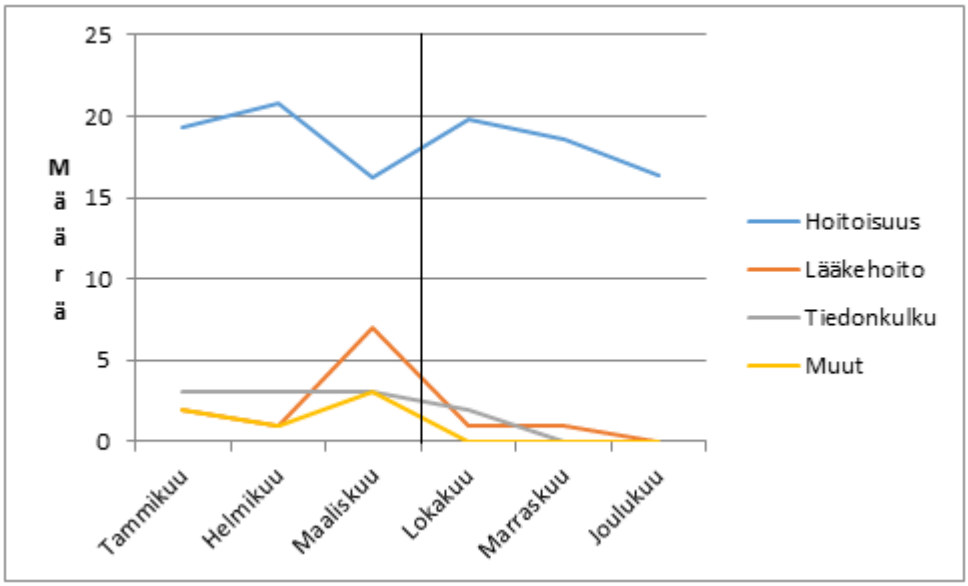


Kuvio 3: Hoitoisuus per hoitaja – arvo ja haittatapahtumat kuukausittain.

Toiseen tutkimuskysymykseen vastatessa onko hoitoisuudella yhteyttä tietynlaisiin haittatapahtumiin, hoitoisuutta verrattiin haittapahtumatyyppeihin ja haittatapahtumien luonteeseen. Haittatapahtumatyyppejä ja hoitoisuus per hoitaja – arvoja vertailtaessa huomattiin, että maaliskuussa hoitoisuuden ollessa matalimmillaan lääkehoitoon liittyviä haittatapahtumia oli ilmoitettu enemmän kuin muina kuukausina. Lääkehoitoon liittyviä haittatapahtumatyyppejä oli ilmoitettu maaliskuussa seitsemän kappaletta, kun taas muina kuukausina ilmoituksia oli tehty korkeintaan kaksi (Taulukko 3). Tiedonkulkuun liittyviä haittatapahtumatyyppejä oli ilmoitettu tasaisesti kolme tai alle kuukaudessa kaikkina kyseisinä kuukausina eikä hoitoisuusarvon vaihtelu vaikuttanut tiedonkulkuun liittyvien ilmoitusten määrään. Muita haittatapahtumailmoituksia oli ilmoitettu keväällä kuusi kappaletta ja syksyllä ei yhtään. Hoitoisuudella ei ole havaittavissa yhteyttä tehtyihin haittatapahtumailmoituksiin lukuunottamatta lääkehoitoon liittyviä haittatapahtumia, joita oli ilmoitettu eniten hoitoisuuden ollessa matala maaliskuussa (Kuva 4).

Taulukko 4: Hoitoisuus ja haittatapahtumatyypit.

	Tammikuu	Helmikuu	Maaliskuu	Lokakuu	Marraskuu	Joulukuu	
Hoitoisuus / Haitta.tyyp.	19,28	20,78	16,22	19,76	18,52	16,37	n=
Lääkehoito	2	1	7	1	1	0	12
Tiedonkulku	3	3	3	2	0	0	11
Muut	2	1	3	0	0	0	6
n=	7	5	13	3	1	0	29

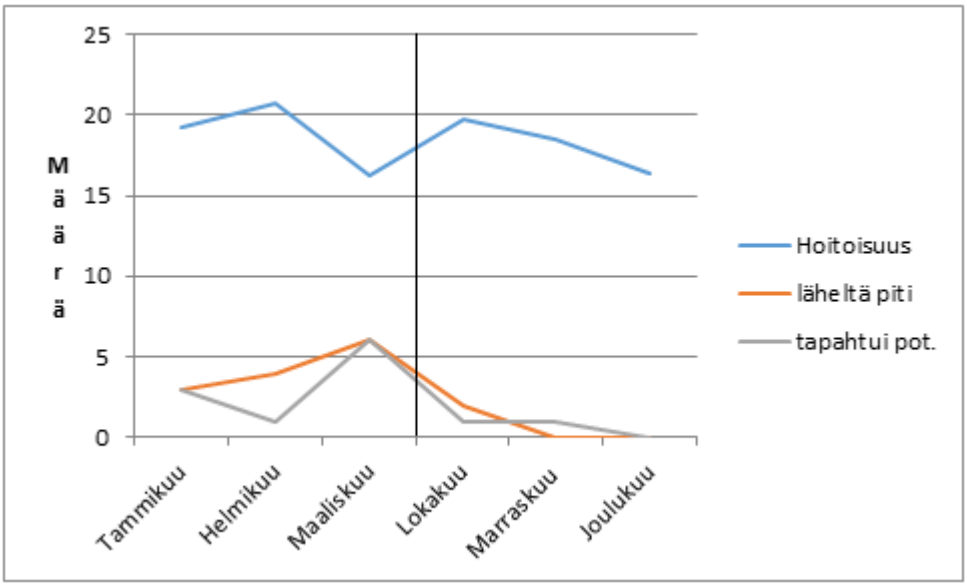


Kuvio 4: Hoitoisuus per hoitaja – arvo verrattuna haittatapahtumatyyppeihin.

Haittatapahtumailmoituksia tutkittaessa voidaan havaita, että kuukausien aikana haittatapahtumista 15 oli luonteeltaan läheltä piti -tapahtumia, kun taas 12 haittatapahtumaa tapahtui potilaalle. Läheltä piti – tapahtumia oli kolme enemmän. Pääsääntöisesti haittatapahtumailmoituksia oli tehty enemmän läheltä piti -tapahtumista, joita oli joka kuukausi joko enemmän tai yhtä paljon kuin potilaalle asti tapahtuneita haittatapahtumia. Hoitoisuus on ollut korkeimmillaan tammi-, helmi- ja lokakuussa kun taas matalimmillaan maalis- ja joulukuussa. Kun hoitoisuus on ollut korkeimmillaan esimerkiksi helmikuussa (20,78) ja lokakuussa (19,76), luonteeltaan potilaalle tapahtuneita haittatapahtumia oli ilmoitettu vähemmän, kuin matalimman hoitoisuuden kuukautena maaliskuussa (16,22), jolloin niitä oli ilmoitettu peräti kuusi (Taulukko 4).

Taulukko 5: Hoitoisuus ja haittatapahtumien luonne.

	Tammikuu	Helmikuu	Maaliskuu	Lokakuu	Marraskuu	Joulukuu	
Hoitoisuus / Haitta.luonne	19,28	20,78	16,22	19,76	18,52	16,37	n=
Läheltä piti	3	4	6	2	0	0	15
Tapahtui potilaalle	3	1	6	1	1	0	12
n=	6	5	12	3	1	0	27



Kuvio 5: Hoitoisuus verrattuna haittatapahtumien luonteeseen.

Hoitoisuuden ollessa korkeimmillaan, potilaille tapahtuneita haittatapahtumia on ilmoitettu vähiten. Hoitoisuuden laskiessa maaliskuussa, voidaan havaita, kuinka sekä läheltä piti -tapahtumien että potilaalle asti tapahtuneiden haittatapahtumien ilmoittaminen on kasvanut muihin kuukausiin verrattuna. Hoitoisuuden vaihtelulla ei kuitenkaan ole näkyvää yhteyttä siihen, onko haittatapahtuma ollut läheltä piti -tilanne vai tapahtuiko se potilaalle. Hoitoisuuden vaihdellessa läheltä piti - tapahtumia on joka kuukausi yhtä paljon tai enemmän kuin potilaille tapahtuneita haittatapahtumia. Hoitoisuuden vaihdellessa eri kuukausina ei ole havaittavissa, että läheltä piti -tapahtumat lisääntyisivät tai vähenisivät. Potilaalle tapahtuneita haittatapahtumia on ilmoitettu eniten maaliskuussa, jolloin hoitoisuus on ollut matalimmillaan. Helmi-, loka- ja marraskuussa, jolloin hoitoisuus on ollut korkeampi, potilaalle tapahtuneita haittatapahtumia on sen sijaan ilmoitettu vähemmän (Kuva 5).

5.4 Muut yhteydet

Opinnäytetyössä vertailtiin hoitajien lukumäärää osastolla keväällä ja syksyllä sekä tutkittiin, onko hoitajien määrällä mahdollista yhteyttä hoitoisuus per hoitaja -arvoihin. Keväällä hoita-

jien lukumäärä oli keskimäärin 12,5 kuukaudessa, jolloin hoitoisuus per hoitaja – arvo vaihteli 16,22 – 19,28 välillä. Syksyllä hoitajia oli keskimäärin 15,0 kuukaudessa ja hoitoisuus per hoitaja -arvo vaihteli 16,37 – 19,76 välillä. Hoitoisuus per hoitaja -arvo osastolla pysyi korkeana syksyllä, vaikka hoitajia oli enemmän töissä (15,0 – 15,4) kuin keväällä.

Opinnäytetyössä vertailtiin hoitajien keskiarvoista määrää kuukausittain haittatapahtumailmoitusten määrään. Keväällä hoitajien lukumäärän ollessa alhaisempi (12,5), haittatapahtumia oli ilmoitettu enemmän (23) kuin syksyllä (4), jolloin hoitajien lukumäärä (15,0 – 15,4) oli suurempi.

Päiväkohtaisesti haittatapahtumia tutkimalla todettiin, että maaliskuussa oli tiettynä päivänä ilmoitettu kolme haittatapahtumailmoitusta hoitoisuuden ollessa kyseisenä päivänä matala. Jokaisena kuukautena osastolla oli eniten III-hoitoisuusluokan potilaita, mutta haittatapahtumien määrä vaihteli suuresti.

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä olivat, onko potilaiden hoitoisuudella yhteyttä haittatapahtumien määrään ja onko haittatapahtuma tyypeillä yhteyttä hoitoisuuteen. Tuloksien perusteella hoitoisuudella ei ollut etsittyä yhteyttä haittatapahtumiin, jolloin osaston korkea hoitoisuus olisi lisännyt haittatapahtumailmoitusten syntyä. Sen sijaan haittatapahtumailmoituksia oli ilmoitettuna eniten silloin, kun osaston hoitoisuus oli alhainen. Myös Malassun (2013) tutkimuksessa ilmeni, ettei haittatapahtumailmoitusten lukumäärällä ja toteutuneen hoitoisuuden keskiarvolla ollut merkittävää yhteyttä.

Luhtaselan (2006, 24) tutkimuksessa todettiin, että hoitoisuuden ollessa matala hoitajilla on ollut aikaa toteuttaa yksilöllistä hoitotyötä. Hoitoisuuden ollessa korkea lähes kaikki sairaanhoitajat kokivat, etteivät pystyneet vastaamaan potilaan hoidon tarpeeseen riittävän hyvin. Tässä opinnäytetyössä ilmeni, että hoitoisuuden ollessa korkea haittatapahtumailmoituksia on vähemmän, jolloin sairaanhoitajilla ei mahdollisesti ole ollut resursseja tehdä haittatapahtumailmoituksia. Verrattuna esimerkiksi maaliskuun materiaaliin, jolloin ilmoitettujen haittatapahtumamäärä on suurimmillaan hoitoisuuden ollessa matalimmillaan, jolloin hoitajilla on ehkä ollut aikaa tehdä haittatapahtumailmoituksia. Materiaalia analysoidessa ilmeni myös se, että potilaiden korkealla hoitoisuudella ei ollut yhteyttä haittatapahtumailmoitusten määrään, vaikka Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän (HaiPro 2013.) mukaan haittatapahtumia tapahtuu työympäristön tai potilaiden suuren hoitoisuuden vuoksi.

Kuisman (2010) tutkimuksessa ilmeni, kuinka merkityksellistä haittatapahtumien raportointi on potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta. Kuismaan mukaan noin 10 -30 % haittatapahtumista tehdään ilmoitus. Toisaalta tulisi huomioida, ettei pelkästään tiedon keruu sekä haittatapahtumien käsittely edesauta potilasturvallisuutta (Kuisma 2010). Tässä opinnäytetyössä tutkittavalla osastolla oli ilmoitettu vain yksi haittatapahtuma marraskuun puolella ja joulukuussa ei ollut yhtäkään haittatapahtumaa ilmoitettu. Kiireen vuoksi haittatapahtumailmoituksia ei ole mahdollisesti ehditty tehdä.

THL:n potilasturvallisuusoppaan (2011) mukaan potilasturvallisuutta voi heikentää myös esimerkiksi puute työntekijöistä sekä vaihtuvuus, uudet lääkkeet ja teknologia, jolloin kaikki yhdessä myötävaikuttavat hoitotyön toteutumiseen aiheuttamalla ongelmia esimerkiksi tiedonkulussa ja toteutuksessa. Tässä opinnäytetyössä tuli ilmi, että lääkehoidollisia ja tiedonkulkuun liittyviä haittatapahtumia tapahtui osastolla eniten, mikä ilmenee myös Härkäsen (2013) ja Ruuhilehdon (2011, 1037.) tutkimuksissa.

Suurin osa haittatapahtumista oli tässä opinnäytetyössä läheltä piti –tilanteita, jolloin potilaalle ei koitunut haittaa. Näin todettiin myös Ruuhilehdon ym. (2011) tutkimuksessa. Kuitenkin THL:n Potilasturvallisuusoppaan (2011) mukaan joka kymmenes potilas kokee hoidostansa haittaa, joista yli puolet olisi ennakoitavissa. Suurin osa tässä opinnäytetyössä tapahtuneista haittatapahtumista oli lääke- ja nestehoitoon liittyviä ja toisena ilmeni tiedonkulkuun liittyvät haittatapahtumat. Opinnäytetyössä ilmeni, että suurin osa kyseisistä haittatapahtumailmoituksista tehtiin yöaikaan tai varhain aamulla ja näistä suurin osa oli tapahtunut potilaille. Sen sijaan päivällä oli kirjattu enemmän läheltä piti –tapahtumia, joista suurin osa oli lääkehoidon parissa tapahtuneita. Tähän on voinut myötävaikuttaa osaston toimintatavat, jolloin yöllä on voinut olla lääkehoitoon liittyviä tarkistuksia sekä enemmän aikaa huomata jakovirheitä. HaiPron (2013) mukaan suurin osa haittatapahtumista tapahtuu potilaiden suuren hoitoisuuden sekä työympäristön vuoksi, mikä vaarantaa myös potilasturvallisuuden. Näin ollen yöaikaan hoitoympäristö on voinut olla rauhallisempi, jolloin virheitä on voinut olla helpompi huomata tai enemmän aikaa tehdä haittatapahtumailmoituksia. Henkilökunnan väsymys on myös voinut vaikuttaa haittatapahtumien syntyyn.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Useimmissa hoidon kehittämistä varten tehtävissä tutkimuksissa täytyy tutkimuksen onnistumiseksi hyödyntää ja käyttää arkaluontoisia tietoja. Opinnäytetyön tulokset julkaistiin siten, että ne palvelevat hoitotyön kehittämistä kunnioittaen samalla tutkimuksen toimijoiden yksityisyyden suojaa. Tämä opinnäytetyö toteutettiin siten, että jokaiselle osallistuvalle toimijalle taattiin nimettömyys eikä kenenkään nimiä, joista joku heidät voisi tunnistaa tutkimuksesta, käytetty eikä mainittu tutkimuksessa. Opinnäytetyön tekijöillä oli tavoitteena luoda uutta

tietoa hoitotyön kehittämiseksi, mutta samalla oli heillä myös eettinen velvollisuus suojella opinnäytetyössä mukana olevia toimijoita eli heitä, joiden hoitoon opinnäytetyössä käytettävät HaiPro – ilmoitukset ja hoitoisuusluokitustiedot ovat liittyneet. (Kylmä & Juvakka 2007, 147–155.)

Opinnäytetyön tekijät noudattivat vaitiolovelvollisuutta. Vaitiolovelvollisuus on määritelty muun muassa Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812/15 §) ja Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/3/17 §). Sivullisille ei annettu luvatta yksityisen henkilön tietoja, jotka on saatu käyttöön opinnäytetyötä varten. Opinnäytetyötä tehdessä tekijät sitoutuivat pitämään yksityisiä henkilöitä koskevat tiedot vain omassa käytössä. Salassapitovelvollisuus säilyy myös opintojen loppumisen jälkeen. (Terveydenhuoltolaki, 30.12.2010/1326)

HUS:n vuodeosasto antoi tarvittavan materiaalin tutkimusta varten. Aineisto annettiin manuaalisesti sähköisen materiaalin sijaan, jolloin voitiin varmistaa, etteivät materiaalit ja niiden sisältämä arkaluontoinen informaatio leviä ulkopuolisille tahoille tai henkilöille. Luotettavuuden parantamiseksi ennen aineistonkeruuta kerrottiin opinnäytetyön päämäärä, tutkimusmenetelmä sekä aikataulu. Luotettavuutta parannettiin kertomalla selkeästi, miksi ja mihin tarkoitukseen aineistoa tarvittiin ja miksi sen käyttö oli välttämätöntä opinnäytetyön etenemisen sekä tulosten kannalta.

Ennen tarvittavia tutkimuslupia yhteistyöhenkilöille sitouduttiin toimittamaan suunnitelma yhdessä opinnäytetyösopimuksen kanssa. Ensin opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa HYKS:n Operatiivisesta tulosyksiköstä. Tämän jälkeen opinnäytetyösopimus lähetettiin tutkimuslupaa varten FCG:lle yhdessä opinnäytetyösuunnitelman sekä HYKS:n Pää- ja kaulakeskuksen tutkimusluvan kanssa. Kun tutkimusluvat ja materiaali oli saatu käyttöön, pidettiin kiinni eettisestä velvollisuudesta käyttää ja säilyttää materiaali vain tekijöiden käytössä. Tulosten esittelyvaiheessa kiinnitettiin huomiota, ettei kenenkään asianomaisen henkilöllisyys olisi tunnistettavissa niistä. Tuloksia ei julkaistu ennen kuin ne olivat täysin valmiita, jottei niistä välittyisi väärää tietoa tai aiheuttaisi virheellistä tulkintaa. Opinnäytetyötä tekevät henkilöt olivat etukäteen tietoisia tutkittavan aineiston arkaluontoisuudesta.

Lähteiden luotettavuutta arvioitiin tämän opinnäytetyön eri vaiheissa. Tässä työssä hyödynnettiin mahdollisimman paljon uutta tietoa. Aikaisempia tutkimuksia valittaessa kiinnitettiin huomiota siihen, että ne sisällöltään vastasivat opinnäytetyön viitekehystä.

Opinnäytetyön otos oli pieni, mikä osaltaan heikentää tulosten luotettavuutta. Marraskuussa oli ilmoitettu yksi haittatapahtumailmoitus ja joulukuussa ei yhtäkään, jolloin ei varmuudella saada selville potilaiden hoitoisuuden yhteyttä haittatapahtumiin. Myös tuntemattomat ulkoi-

set tekijät saattavat vaikuttaa tuloksiin ja niiden luotettavuuteen (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 209). Toisaalta Malassun (2013) tutkimuksessa on tutkittu haittatapahtumailmoitusten määrää hoitoisuuteen kirurgisessa yksikössä suuremmalla otannalla, jonka tulos vastasi tämän opinnäytetyön tulosta.

Lisäksi tämä rajaa käytettävissä olevia analyysimenetelmiä. Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta tehtäessä edellytetään riittävän suurta ja edustavaa otosta (Heikkilä 2014, 15). Lopulta opinnäytetyön muuttujia, haittatapahtumia ja hoitoisuutta, verrattiin toisiinsa havainnoimalla taulukoilla ja graafisesti kuvioilla. Näiden laadullisten kvantitatiivisten tutkimusmenetelmien avulla saatiin vastaukset opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin.

Tutkittaessa potilaiden hoitoisuuden yhteyttä haittatapahtumien määrään, tyyppiin ja luonteeseen, ei ollut havaittavissa etsittyä yhteyttä. Koska tammi-maaliskuulta ja loka-joulukuulta oli yhteensä ilmoitettu vain 27 haittatapahtumaa, on varmasti sattumalla myös vaikutusta haittatapahtumien määrään, tyyppiin ja luonteeseen sekä näiden vaihteluun eri kuukausina.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen otanta oli suhteellisen pieni, mikä vaikutti tutkimuksen luotettavuuteen ja tuloksiin. Näin ollen jatkotutkimusehdotuksena voisi tutkia laajemmalla otannalla esimerkiksi useamman eri osaston kautta hoitoisuuden yhteyttä haittatapahtumiin sekä selvittää miksi haittatapahtumailmoituksia jää mahdollisesti tekemättä. Haittatapahtumailmoituksia ja hoitoisuutta voisi tutkia myös laajemmin päiväkohtaisesti, jos sieltä mahdollisesti löytyisi yhteyttä. Jatkotutkimuksissa voisi myös selvittää mitkä tekijät vaikuttavat haittatapahtumien syntyyn ja miten niitä voitaisiin ehkäistä.

Lähteet

FCG, Finnish Consulting Group. RAFAELA™- hoitoisuusluokitusjärjestelmä. http://www.rafaela.fi/ Luettu 15.1.2015.

HaiPro. 2013. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. http://www.haipro.fi/fin/default.aspx Luettu 15.1.2014.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

HUS. 2013. Potilasturvallisuussuunnitelma 2013. http://www.hus.fi/potilaalle/Documents/HUS_Potilasturvallisuussuunnitelma2013.pdf Luettu 23.5.2014.

HUS. Intranet http://www.hus.fi Luettu 1.1.2014.

Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Terveydenhuollon henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa. http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/25/1/terveyde.pdf Luettu 14.9.14.

Kuisma, P. 2010. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Pro gradu -tutkielma: Tampereen Yliopisto. http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81979/gradu04601.pdf?sequence=1 Luettu 8.6.2014.

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785 Luettu 15.9.2014.

Lonkila, P. 2006. Hoitoisuusluokituksen käyttö osana hoitotyön laadun arviointia. Hoitohenkilökunnan näkökulma. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto: Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Luhtasela, L. 2006. Hoitoisuuden vaikutus hoitotyöhön Rafaela-järjestelmän avulla tarkasteltuna. Pro gradu: Tampereen yliopisto. http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93745/gradu01331.pdf?sequence=1 Luettu 16.2.2014.

Malassu, T. 2013. Henkilöstöresurssien osuvuus potilasturvallisuuden näkökulmasta. Pro Gradu: Turun yliopisto. http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstraktit_2013/malassu.pdf Luettu 23.4.2015

Partanen, P., Heikkinen, T. & Vehviläinen-Julkunen, K, 2005. Sairaanhoitajien työolobarometri 2004. Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Petäjä, J. 2014. Toimialajohtaja, HYKS Lasten ja nuorten sairaudet. Suullinen tiedonanto.

Rauhala, A. & Fagerstrom, L. 2004. Journal of Advanced Nursing 45(4), 351–359. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. Artikkeli. http://www.rafaela.fi/sites/default/files/Rafaela/12127634.pdf Luettu 23.4.2015.

Rauhala, A. 2008. The Validity and Feasivility of Measurement Tools for Human Resources Management in Nursing. Case of Rafaela system. University of Kuopio.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1069-0/urn_isbn_978-951-27-1069-0.pdf
Luettu 9.6.2014.

Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. 2011. HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009? Duodecim.
http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99540.pdf Luettu 20.1.2014.

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326.
https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326 Luettu 15.9.2014.

THL. 2011. Potilasturvallisuusopas 2011.
http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f
Luettu 13.1.2014.

Kuviot

Kuvio 1: Haittatapahtumien määrä kuukausittain. 14
Kuvio 2: Osaston hoitoisuus kuukausittain kuvattuna hoitoisuus per hoitaja –arvolla. 16
Kuvio 3: Hoitoisuus per hoitaja – arvo ja haittatapahtumat kuukausittain. 17
Kuvio 4: Hoitoisuus per hoitaja – arvo verrattuna haittatapahtumatyyppeihin. 18
Kuvio 5: Hoitoisuus verrattuna haittatapahtumien luonteeseen. 19

Taulukot

Taulukko 1: Haittatapahtumien luonne syksyllä ja keväällä. 14
Taulukko 2: Haittatapahtumatyypit keväällä ja syksyllä. 15
Taulukko 3: Haittatapahtumien määrä ja hoitoisuus. 17
Taulukko 4: Hoitoisuus ja haittatapahtumatyypit..... 18
Taulukko 5: Hoitoisuus ja haittatapahtumien luonne. 19

Liitteet

Liite 1 HUS:n Potilasturvallisuusstrategia 29

Liite 1

HUS:n Potilasturvallisuusstrategia

HUS:n strategia 2012 - 2016 Edelläkävijä – vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi on HUS:n potilasturvallisuustyön ja Potilasturvallisuussuunnitelman perustana. Strategia on HUS:n kuntayhtymän valtuuston hyväksymä tavoite- ja toimintaohjelma. Visiona on toteuttaa kansainvälisesti korkeatasoinen ja uutta tietoa luova sairaalaorganisaatio, jossa potilaiden hoito ja tutkimus on laadukasta, oikea-aikaista, turvallista ja asiakaslähtöistä. HUS:n arvoihin kuuluu ”ihmisten yhdenvertaisuus, luovuus ja innovatiivisuus, potilaslähtöisyys, korkea laatu ja tehokkuus sekä avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus”. (HUS 2013, 6.)

”Potilasturvallisuus on osa HUS:n toiminnansuunnittelua ja päätöksentekoa” (HUS 2013, 8) ja HUS:n ylin johto on vastuussa potilasturvallisuustyön suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Potilasturvallisuussuunnitelmassa käydään läpi, kuinka potilasturvallisuutta pitäisi kehittää potilaan, ammattilaisen ja organisaation näkökulmasta. Potilasturvallisuus on osa toiminnansuunnittelua, päätöksentekoa. Sitä edistetään yhteistyössä ja moniammatillisesti ja potilailla on oikeus vaikuttaa sen laatuun. HUS haluaa kaikkien ammattiryhmien osallistuvan aktiivisesti potilasturvallisuuskulttuurin rakentamiseen. (HUS 2013.)

HaiPro – raportointi on käytännöllisin tulos HUS:n potilasturvallisuustyön kokonaisuudessa, joka edustaa kokonaisvaltaista pitkäkestoista työotetta. HaiPro – raportoinnin kehittyminen nykyisenlaiseksi kattavaksi järjestelmäksi on vaatinut koulutusta, sinnikästä asennemuokkausta, ilmoitusten palautejärjestelmän kehittämistä ja kaiken kaikkiaan laaja-alaista sitoutumista organisaation eri tasoilla. (Petäjä, J. 2014) HaiPro – ilmoituksia eli vaaratilanneilmoituksia mm. käsitellään HUS:lla säännöllisesti jokaisen osaston sisäisissä kokouksissa. Potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti kehittämällä raportointia ja oppimalla erilaisista haittatapahtumatilanteista. (HUS 2013.)